

シンポジウム 「看護ケアの質の向上への取り組み」

司 会	近森病院	梶 原 和 歌
シンポジスト	兵庫県立看護大学	野 並 葉 子
	兵庫県立看護大学	上 泉 和 子
	横浜市衛生局医療対策部病院事業課	鶴 田 恵 子
	高知女子大学	井 上 郁

シンポジウム

司会のことば

近森病院 梶原和歌

医療法人近森会の梶原と申します。会場とフロアの先生方と一緒に、中味のある役に立つシンポジウムにしていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。看護ケアの質を高める方略ということで、昨年南裕子先生や岡谷恵子先生のご講演でいい勉強をさせていただいたんですけども、この2年間女子大では公開講座も組まれて、県下の看護職の方がたくさん応募されて、2年間看護ケアの質については、ずっと研鑽されてきています。今回は、その締めと申しましょうか、まとめというふうな形で、ここに来られています4名の先生方に、それぞれの立場でケアの質を高めるための御自分の実践を通して、今日私たちに御提言をいただくことになりました。

ご紹介申し上げます。私に近い方から野並葉子先生です。上泉和子先生です。それから鶴田恵子先生です。それから井上郁先生です。4名の先生方は本当に何て言うか、今の看護界を担っておられる重鎮として、油がのりきったという言い方はあまり言葉がきれいでないので好きな表現ではないんですけども、本当にそれぞれの場で非常に力のあるお働きをなさって、各分野で看護の質を高めてこられた実践の主ですし、研究者としても、皆さん大学院をご卒業になって、私たちにいい方向性を示して下さっている先生方でございます。それでは早速始めたいと思います。よろしくお願いいたします。

看護ケア実践のための方略

兵庫県立看護大学 野 並 葉 子

ただいま紹介にあずかりました野並と申します。今日は、看護ケア実践のための方略ということで、話させてい
ただきたいと思っております。今紹介していただきましたように、15年前に勤務していた病院でTORANOMON NURSI-
NG SYSTEMの開発を担当しておりました。その時に実際に行ったことは、看護ケアを量的に測定するための患者タ
イプ分けシステムを開発するというものであります。その名称をTNS, TORANOMON NURSING SYSTEMとしましたのは、
看護ケアを発展するための総合的なシステムに発展して欲しいという夢を持っていたからでございます。
で、ナーシングシステムの中には、私が開発を担当した患者タイプ分けシステムとか、スタッフ・ディベロップメ
ントとかケア提供システムなど、いろいろなもので構成されていることと思います。その後、その患者タイプ分け
システムを開発して、看護ケアを量的にかなりの精度で測定できるようになり、実際に病棟の運営に使えるよう
になりました。しかし、そこでどうしても乗り越えられなかったのが、看護ケアを「体を拭く」とか「排泄の介助を
する」とか、いわゆる「直接ケア」と言われていた枠組みでは捉えられないということでありました。そこで今日
は看護ケア実践のための方略として2点について話をさせていただきたいと思っております。1つは看護ケアシステムの中
でのプライマリーナーシングということ。もう1点は、看護実践の中の「ケア」という言葉にこだわって話をさ
せていただきたいと思っております。

さて、看護ケア提供システムとして皆さまご存じのように1952年にランバーツェンによって「Nursing team org-
anization and functioning」が発表され、1962年には日本語に翻訳され、日本の看護に多大な影響を与えました。

それまでの機能別看護からチームナーシングへの転換で
ありました。そこでの看護の機能は、看護チームで患者
1人1人の状態に応じたサービスを行うということであ
りました。この看護サービスという言葉は、明確な定義
がないまま日本の中で使われております。日本の看護辞
典では、看護業務をナーシングサービスというようにし
て使われております。昨年日本看護協会業務委員会では、
この委員会は私も携わっていたんですけども、看護業
務の基準について検討し、看護業務の基準に関する検討
報告書を出しております。(スライド1) その日本看護協会
業務委員会では、看護業務というものを、看護を管理的
な視点から捉え、その結果導き出された様式や方法を示
す用語であると定義しました。(スライド2) その看護業務
についてですが、看護実践とは看護職が対象に直接的に
働きかける行為である。この直接的に働きかける行為と
いうところが看護実践というふうに捉えております。そ
して看護実践の組織化とは、看護職が看護実践を提供し、
保証するためのシステムを構築することである。そして

スライド1

看護業務

(1995; 日本看護協会「看護業務の基準に関する検討報告書」)

「看護」を管理的な視点からとらえ、
その結果導き出された様式や方法を
示す用語である。

スライド2

看護業務

(1995; 日本看護協会「看護業務の基準に関する検討報告書」)

看護実践とは、
看護職が対象に直接的に働きかける行為である。

看護実践の組織化とは、
看護職が看護実践を提供し、保証するための
システムを構築することである。

看護実践と看護実践の組織化を
あわせて看護業務という。

看護実践と看護実践の組織化をあわせて看護業務という、というふうに報告書には書いてあります。(スライド3) 看護実践の内容としましては、そこに示しましたように5点について看護実践の内容を明記しておりまして、看護を必要とする人に身体的・精神的・社会的側面からの手助けを行うとか、変化によりよく適応できるように支援するとか継続的な観察、判断して問題を解決する。(スライド4) 緊急事態に対応する効果的な対応を行う、医師の指示に基づき医療行為を行い、その反応を観察する、というふうにしております。(スライド5) その看護実践の方法としましては、そこに挙げましたように4点を提示しておりまして、専門的知識に基づく判断を行う、系統的アプローチを通して、個別的な実践を行う、そしてその過程は記録される、そしてそれらの看護実践の全ては倫理規定に基づくということで、ナースの看護判断というものは倫理的な判断に倫理的な予想を伴うことを挙げております。この看護実践の組織化が病棟の構成であったり、婦長、主任、スタッフなど看護サービスを提供するための取り組みであります。ではこの看護実践が看護ケアを指しているのでしょうか。この看護ケアというものが、またまた、くせものであります。この言葉もほとんど明確な定義がないままにナースングケア、患者のケアというように、ナースング、つまり看護とほぼ同じような意味あい使われています。(スライド6) これは唯一日本の看護学大事典の中に看護ケアという項目が挙げられている辞書からの引用ですが、看護ケアというのは看護活動の中核的内容を表す看護行為で、個別的に直接的に働きかけることをいう、というふうにしております。しかし、看護という言葉にあえてケアという言葉をつけて、その看護の働きを表したいという願いがあるからでしょう。ケアという言葉は、私がいうまでもなく、看護だけで使われているわけではありません。広く福祉や医療、教育などの領域で使われております。私がここで申し上げたいことは、看護ケアというように、ケアという言葉が看護の働きかけの特質として必要であるならば、看護がケアになっていなくてはならないだろうということであり

スライド3

看護実践の内容

(1995; 日本看護協会「看護業務の基準に関する検討報告書」)

- 1) 看護を必要とする人に、身体的、精神的、社会的側面からの手助けを行う。
- 2) 看護を必要とする人が、変化によりよく適応できるように支援する。
- 3) 看護を必要とする人を、継続的に観察、判断して、問題を予知し、対処する。

つづく

スライド4

看護実践の内容

- 4) 緊急事態に対する効果的な対応を行う。
- 5) 医師の指示に基づき、医療行為を行い、その反応を観察する。

スライド5

看護実践の方法

(1995; 日本看護協会「看護業務の基準に関する検討報告書」)

- 6) 専門的知識に基づく判断を行う。
- 7) 系統的アプローチを通して個別的な実践を行う。
- 8) 看護実践の一連の過程は記録される。
- 9) 全ての看護実践は看護職者の倫理規定に基づく。

スライド6

看護ケア

(内閣府二ばか、看護学大事典、第4版、メテカルフレンド社、1994)

- 看護活動の中核的内容を表す看護行為で、個別的に直接的に働きかけることを言う。

ます。(スライド7) エリクソンの考え方をもとに、木下は専門職としてのケアの特質として4点を挙げております。

1) 人に対して関心を向ける、2) 関心の向け方は気がかり、心配というように、他者について心を痛める、3) ただ気にかけてたり心配するだけでなく、その気持ち

を行為によって表現すること、4) これらのことはすべて自発的であるということを挙げております。看護がケアであるならば、このケアを実践できる看護ケア提供システムがいることとなります。私は8年前、虎ノ門病院に在職中、看護の質を上げ、なおかつナースが忙しいながらも充実感が持てるために、プライマリーナーシングを導入した経験があります。その時、プライマリーナーシングの方法論には全然とらわれませんでした。最も大事にしたのは、ナースの看護ケアをする力を潰さないで

うまく引き出していくということでありました。つまり、ケアに焦点があったということでもあります。(スライド8)

ナースの看護ケアする力を潰さないで引き出していくために、6つのステップが重要でありました。このステップ1、関心を持つ。これはナースと患者との関係は相互作用であるとか、看護という仕事はナース自身を使って働きかけるのが看護であると言いながらも、ナースが個として患者の前に立つ、患者を個として見るってことは慣れておりますが、ナースが個として患者の前に立つってところはやはり弱いように思います。そこが重要な点だと思います。ステップ2、話をする。これは自分

の言葉で自分の看護を表現していくってところで、勿論話をすることによって自分の看護の考え方を意識化し、そしてそれを患者さん、同僚とかに伝えていく、表現していくってことは大事なことです。ステップ3、看護をみんなで味わう。ということはグループ、ナースグループを通して自分の看護を実践していくということでもあります。いくらプライマリーナースと言いましても、3交代勤務の中では1人で患者さんをみれるわけではありません。ですので自分の考え方をナースグループに表現することによって、その看護をみんなに知ってもらう。サポートしてもらうってところで、共有していくということが大事です。ステップ4、ナース個々が生き生きとしているところでは、一律平等主義でいくのではなく、ナース個々が個として自分自身を育てていく、そして得意を育てていくってことでございます。私自身はその1年目のナースであろうと学生であろうと、その時自分が持っている知識や技術、自分自身の力、パーソナリティ、いろんなものを含めてですが、それを使って自分がその時持っている力をいかに出せるかっていうことが重要だと思っております。ですので、1年目のナースでもプライマリーナースはできるというふうに私は思っています。ステップ5、新しい看護提供システム(スライド9)としてこのサポートシステム、プライマリーナースといいますと1対1で責任が重いというふうに考えがちですがけれども、患者を中心にしましてプライマリーナース、アソシエイトナースという一次的サポートグループ、そしてチームメンバーとしての二次的サポートグループ、あと病棟単位にした三次的なサポートグループってところで、

スライド7

専門職としてのケア4つの基本特性

(木下)

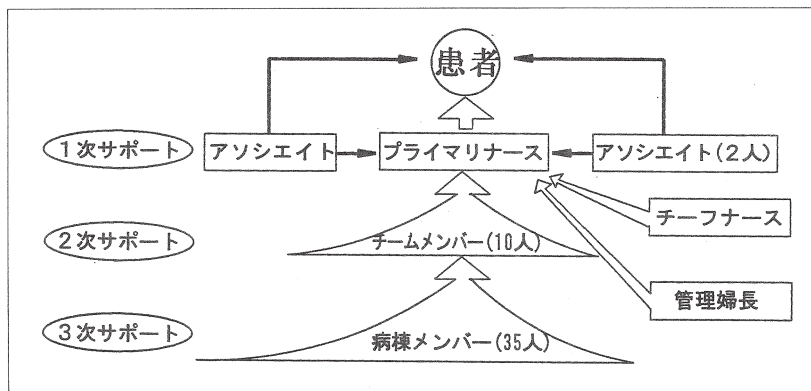
- 1) 人に対して関心を向ける。
- 2) 関心の向け方は、
気がかり、心配というように
他者について心を痛める。
- 3) ただ気にかけてり、心配するだけでなく、
その気持を行為によって表現する。
- 4) これらのことはすべて自発的である。

スライド8

プライマリーナーシングを実施するための 6つのステップ

- ステップ1 関心を持つ
- ステップ2 話をする
- ステップ3 看護をみんなで味わう
- ステップ4 ナース個々が生き生きしている
- ステップ5 新しい看護提供システム
- ステップ6 看護を目に見えるものにする

スライド9 プライマリーナーシングのサポート体制



患者を中心にしたサポートグループっていうものがある、そのプライマリーナーシングは看護ケアができていくように思っております。ステップ6、看護を目に見えるものにするっていうところですが、ケアを核としたケアリングの考え方をもとにした臨床看護実践の中で、科学的な知識や技術を、実践の中で統合したときに看護ケアが表現できるのではないだろうかと思っております。私は看護ケアというものが表現できて初めてその実践の質というものがあるように思います。スライドをお願いします。(スライド10・11) 先ほどあげました木下の専門職者としてのケアの特性から見て、看護ケアはどのように表現されていくのかを具体的に見てみますと、ここにありますのは、活気がつく、吐き気が落ち着く、表情が和らいでいられる、患者の気持ちを準備する、不安な気持ちがつまらない、家族が納得がいく、人間らしく生きていることを実感できるってこの「活気がつく」とか「落ち着く」とか「和らいでいられる」とか「気持ちを準備する」とか「気持ちがつまらない」というような表現をすることによって、そ

スライド10

看護ケア「人に対して関心を向ける」①

- 「活気がつく」
- 「吐き気が落ち着く」
- 「表情が和らいでいられる」
- 「患者の気持ちを準備する」
- 「不安な気持ちがつまらない」
- 「家族が納得がいく」
- 「人間らしく生きていることを
実感できる」

れが客観的に表すよりももっと具体的に、このナースはこういうふうな看護がしたいんだろうなあというところが良くわかるかと思うんです。人に対して、患者さんに対して関心を向けるっていうことは、看護ケアの表現としてはこのような表現で表されているものだというふうに私は思っております。(スライド12) これは木下のケアの特性の第2のところ、関心の向け方は気がかり、心配というように他者について心を痛めるっていうところ

スライド11

看護ケア「人に対して関心を向ける」②

- 「患者の苦痛や不安が少ない状態で過ごせる」
- 「家族が患者を連れて帰りたいという
気持ちになる」
- 「上肢、下肢の力をつける」
- 「普通に話をする」
- 「退院を積極的に考えられる」
- 「本人、家族が意欲的に考えられる」
- 「外泊が安全にでき退院への
自信へとつながる」

スライド12

看護ケア「気掛かり、心配というように
他者について心を痛める」①

- 「患者の苦痛を最小限にする」
- 「患者の苦痛をできるかぎり軽減する」
- 「予後患者と家族が
思うように過ごせる」
- 「家族が精神的に支えられ
患者の予後に満足できるよう
援助を考える」
- 「本人に余分な苦痛を与えない」
- 「本人が納得して治療に参加できる」

ありますが、ここで表しているのは他者の苦痛をできる限り軽減するとか、予後を患者と家族が思うように過ごせるとか、家族が精神的に支えられ、患者の予後に満足できるように援助を考えると、本人に余分な苦痛を与えないというように、できないこともあるわけで、できる限り軽減するという表現をする、それとか、家族が思えるように過ごせるとか、そういうようなところが私は具体的にその関心の向け方が気がかり、心配というように、他者について心を痛めるというようにところが表現できている文ではないかと思いました。(スライド13) これも同じ様子で、辛い手術を乗り越えようという意欲を持つ、とかいうようなところで表現しております。(スライド14) ケアの特性の3)番、4)番のところですが、ここでは患者に近づく、患者の今の気持ちを考える、不安がつのらないように見てゆきたいと思う、治療前に外泊、外出できればと思う、というように、ナースが自分が何をどういうふうに見ていきたいと思うとか、外出できればと思う、とか

次に援助していききたいと思う、考えてみたいとか、そういうふうには、これはそんなこと誰だって思っているじゃない、誰だってナースだったら思うっていうかもしれない、それを本当に表現できるっていうのは関心を持ち、その人に何とかしたいって思ったときに、初めてそういうふうな表現が、私は出せてくるというふうな経験を持っております。(スライド15) このようにわかってあげられるよう見つめていくとか、家へ帰られるよう願っているとかっていうふうには、ナースが自分がどういうふうにするっていう、していききたいということが表現できるということが大事なんじゃないかなあっていうふうに思っています。で、このように具体的に表現していくところで、さっきの看護ケアというものが、目に見えるものとして表現できていき、看護実践の知識や技術が体系化できるのではないかなっていうふうには思っております。(スライド16) これはとても見えうにくくて申し訳ないんですが、私はケアという言葉が、日本の看護の中でいつぐらいからどのように使われたのかなというので、戦後、終戦直後からの雑誌を全部、1枚1枚見返してみたときに、これは看護学雑誌ですけれど、3巻3号と書いてありますが、昭和24年か25年でしょうか、昭和21年くらいに第1巻が出ておりますが、その表紙のとびらに「看護は芸術であり科学であり、職業である」というのが、この1年間通して表紙に書かれてあって、それを見つけてとても感動しましたので、最後にこれをみなさんにお見せしたいと思います。ありがとうございました。

スライド13

看護ケア「気掛かり、心配というように他者について心を痛める」②

「他患に気兼ねなく療養生活が送れる」
「充実した睡眠が得られる」
「つらい手術を乗り越えようという意欲を持った上で、手術に臨める」
「この先良くなるという期待を持ち続けられ休息がとれる」
「安心して治療が受けられる」
「さみしくない入院生活を送れる」

スライド14

看護ケア「自発的に、その気持ちを行為によって表現する」①

「患者に近づく」
「患者の今の気持ちを考える」
「不安がつのらないように見てゆきたいと思う」
「治療前に外泊、外出できればと思う」
「苦痛を少なく終えることができるように援助していききたいと思う」
「家でゆっくりと過ごす時間がとれるよう考えてみたい」

スライド15

看護ケア「自発的に、その気持ちを行為によって表現する」②

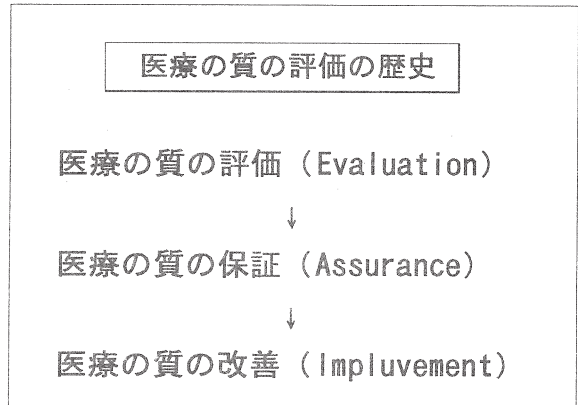
「家族が安心感が持て、本人の気が和らげるよう援助していききたいと思う」
「言葉では伝わらないかも知れないが、何か患者が考えていることを分かってあげられるよう見つめてゆく」
「今の意識がクリアーなうちに家へと願っている」
「現在の急性期を安全に乗り越えられるようにしたい」
「危険のないように努めたい」

看護ケアを評価する枠組み

兵庫県立看護大学 上 泉 和 子

ご紹介いただきました上泉と申します。どうぞよろしく願いいたします。本日はこのような会に呼んでいただき、本当に光栄に思っております。山崎先生をはじめ皆様方に厚く御礼申し上げたいと思います。大変光栄に存じますと共に、ちょっとプレッシャーを感じておりますが、できる限りのことをしたいと思っております。高知にお邪魔しますのは本日で3回目で、いつも思いますがクリアビジョンのように非常にすっきりした明るい街で、来るのを楽しみにしておりました。野並先生は看護ケアについてお話になりましたが、わたしはそのケアをどういうふう
に評価するんだらうか、看護ケアの質の向上のための評価する枠組みについて、お話ししたいと思っております。看護ケアの質を評価するにあたりましては、私どもは現在、米国における評価の枠組みを参考にしております。そういうこともありまして、まずはアメリカにおける看護ケアの評価についての歴史を簡単にご説明したいと思います。アメリカと日本とでは質を評価をするに至った背景は、今も昔も非常に違いますが、評価の枠組みを参考にして
いるものですから、先ずアメリカでの背景を、歴史的に概観してみたいと思います。(スライド1) 看護における質の枠組みについて書かれてある最も古いものは、ナイチンゲールだと言われております。このナイチンゲールの記述によりますと、まずは基準を導入して、次にその基準に照らし合わせて、さらにその変化をもたらす行動を起こすことと書かれてあります。このナイチンゲールの記述以来100年あまり、この質に関する記述がありませんで、1960年に入ってドナベディアンという人が、質の評価の方法を体系化いたしました。米国では、この枠組みを用いてJCAHという病院の医療に質を評価し、認定する機関が誕生して、現在に至っております。従ってこの時代は

医療の質を評価する時代と考えられています。この段階では自助努力の段階だったと思います。さらに1960年代に入りますと、米国では連邦政府による保険制度の大きな変革がありました。貧しい人達への連邦政府による医療費支払いに関する制度が開始されたということです。そしてその結果、医療費が非常に高騰しまして、政府は病院からの医療費の請求に対して見直しを、すなわちその請求が本当に妥当なものであるかどうかについての見直しをせまられました。一方病院は、請求した保険をいただくために、その病院の医療の質、看護の質も含みますが、その医療の質が妥当なものであるかどうかということを示すこと、保証することが必要となってきました。こうした流れの中で、米国では全国的に質の評価と保証という考え方が必要になってきて、1960年代以降、質を保証する「クオリティーアシュアランス」という考え方が取り入れられてきました。ところが1980年代になりますと、質の保証という考え方も見直される時代がきました。ある質が保証できたら、後はもうそれでいいのかという反省に加え、経済的な環境の変化による医療経済の変化によって質への関心は限られた資源の中でいかにいい質を提供するかという問題に移ってきたようです。特に医療にビジネスの考え方を導入することによって、医療の質は保証する時代からさらにいいところへ持っていく、すなわち改善の時代へ移ってきたといわれています。先日たまたまアメリカ



に行った時に伺ったところによりますと、日本語の「改善（KAIZEN）」という言葉そのまま使って質の改善に、取り組んでおられました。

さて日本における看護の質への取り組みについてですが、戦後は看護教育の水準の向上、ならびに医療施設における看護職員の量的な充足が中心だったように思います。1980年代から1990年代はじめにかけて、看護職の業務改善というのが盛んに行われて参りました。ここで書いてあります「改善」という言葉を同じように使って、私共も業務改善というのをやってきました。これは看護職の労働基準の改善、すなわちいかに看護実践にゆとりを持たせるかが主な目的だったように思います。例えば、看護職でなくてもできる業務を整理しスリムになろうと、看護業務のスリム化といったスローガンのもとに様々な業務改善が行われました。看護業務にゆとりを持つことが、すなわち看護ケアの質の向上につながるという考え方でした。この結果、看護ケアの質の向上という点におきましては、看護実践の患者への貢献に関心が高くなったことは確かだと思えます。例えば看護の力によって患者さんの意識状態が回復するんだということ、あるいは寝たきりの老人の活動性を高めることができるんだと、こういった様々な事例が報告されてきました。しかしながら相対的に業務改善とケアの質の向上を直接的に結びつけるようなことは完全にはできなかったのではないだろうかと思っております。一方で患者の権利の問題、あるいは医療費が高騰してきていること、また様々の医療関連職種誕生、こういった状況の中で看護は看護の質を保証すること、そして限られた資源の中で、いい質の看護を提供するという必要性が出てきたと思えます。すなわち患者への貢献を問われる時代がやってきたのではないのでしょうか。こういった時代背景をもとに1986年に、「病院看護機能の評価マニュアル」が看護協会から出されましたし、また昨年7月からですが、日本医療評価機構という第三者評価の導入が開始されました。

以上のような歴史的な変化があったわけですが、いずれにしても看護の質を評価するという基本的な考えの基盤になっていますのは、ナイチンゲールが述べたようにまずは基準を作り、その基準に現実を照らし合わせ、そしてギャップを改善していくという考え方は変わってきておりませんでした。ということで、どのように評価するかという話に入る前に、この基準というのはいったい何かということをご説明したいと思います。

（スライド2）看護基準についてMasonという人の看護基準の定義を採用させていただきますと、これはお手元の資料

に書いてありますが、看護基準とは「優れた看護ケアの範囲や内容を明らかにすることで看護実践の内容を明確にしたもの」と定義されています。また「何がなされるべきかということと、適切な看護ケアによって患者にどんな利益が得られるかを記述したもの」とも定義されています。すなわち看護基準というのは、看護が何をするかということ記述したものということになるかと思えます。ではこの看護基準はどのように作っていくかが次の課題になります。このスライドでお示しておりますものは、看護基準の3つの種類です。まずは過程

スライド2

看護基準 (Nursing Standards)

過程基準 (Process Standards)

看護婦は何をやるかの基準を示すもの

結果基準 (Outcome Standards)

看護ケアによって患者にもたらされる結果

内容基準 (Content Standards)

看護ケアの内容と判断基準を示すもの

基準とは、看護婦は何をやるかの基準を示したものです。例えば心筋梗塞の患者さんがいた場合、同じようなニーズを持った人達だったら、その人達に対して看護婦は何をやるかというその基準が過程基準といわれているものです。さらに2番目は結果基準ということで、これは看護ケアによって患者にもたらされる結果です。看護ケアを

提供した後に、患者さんがどういうふうに変化するのか、その期待される結果を示してあるものです。そして3番ですが、内容基準というのがありますが、これは看護ケアの内容と判断基準を示すものと定義されていますが、この本の例をみますと、糖尿病の患者さんには退院時に患者指導をするという基準があったとすると、その指導の内容とを規定したものがこの内容基準と書かれてあります。こんなふうに3つの種類があるということですが、内容基準に関しましては、あまり使われていないようで、見たことがないように思います。

(スライド3)ではこのようにしてでてきた基準をもとにしながら、どういう方向から評価するかというのが、この次のスライドです。現在看護ケアを評価するための特別な枠組みというのがありませんで、というよりも医療を評価する枠組みと同じものを使っており、医療と看護というものを分けることはしていませんし、特別なやり方が看護ケアの評価にあるかという、そうでもありませんで、同じものを使ってやっています。3つの方向から看護を評価しましょうということについて、おおむねの合意が得られて、今最も使われている枠組みです。まず構造(Structure)という部分ですが、これは何を示しているかという、医療が提供される条件を構成する因子と定義付けされていますが、どういうことかという、看護に置き換えてみますと、看護が提供される条件ですから、例えば看護婦さんの数が何人いるとか、どういう教育を受けた看護婦さんがいるとか、あるいはどのようなケアシステムがとられているかといったような、ケアを提供するための条件を構造因子と呼んでおります。2番目が過程(Process)といわれておりますが、これは診断、治療、看護など、専門家によって行われる活動および特に患者や家族などの医療への参加と定義づけられています。要するにこの過程というのは、何をしているか、特に専門家が何をしたかという活動を評価するのが過程というところです。ここで患者や家族などとあがっておりますが、これもセルフケアという概念においては、患者や家族達が自分の回復のために何をしているかということも評価の対象になるということで、ここにあがっております。最後の3番目ですが、結果(Outcome)と書いてあります。これは提供された医療に起因する個人や集団における変化(望ましいもの、望ましくないものを含む)と書いてあります。看護に置き換えるならば、提供された看護ケアによっておこる個人や集団の変化ということになります。先程、野並先生が説明されておりました、ケアをした結果患者さんが活気づくとか、患者さんの気持ちが落ち着くとか、やわらぐ、こういったことは看護の貢献によるもの、あるケアの結果起きてくる変化ということになりますので、それが結果ということになります。

(スライド4)これは、質というのは一体どのようなもので構成されているのかということが書かれてあるもので、看護だけではなく医療全般のことを言っています。まずは効能です。これは最も望ましい状況下で健康の改善に向けて用いた科学技術の働きと定義されます。すなわちそこで提供される医療がどういったことに効くのかというのがこの効能ということです。効果といいますのは、達成可能な健康の改善の程度、あるいは達成した程度ですから、効能がどれくらいその効能書き通りになるかというのが効果です。ある温泉に入ったら3%の人は美人になったとか、あるいは婦人病が治るにしても100日入らないと治らないとか、あるいは3日入れれば治るとするのは、次の効

スライド3

医療・看護の質を評価するための枠組み

構造 (Structure)

『医療が提供される条件を構成する因子』

過程 (Process)

『診断、治療、看護など、専門家によって行われる活動および特に患者や家族などの医療への参加』

結果 (Outcome)

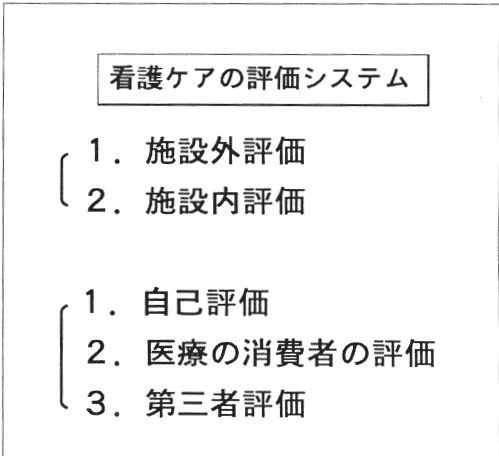
『提供された医療に起因する個人や集団における変化(望ましいもの、望ましくないものを含む)』

医療の質の構成要素

- (1) 効能 (Efficacy)
: 最も望ましい状況下で、健康の改善に向けて用いた科学技術の働き
- (2) 効果 (Effectiveness)
: 現在、達成可能な健康の改善の程度、達成した程度
- (3) 効率 (Efficiency)
: 健康改善の可能性をせばめることのないコスト抑制力
- (4) 最適条件 (Optimality)
: 健康改善とそれにかかるコストとのバランス
- (5) 容認 (Acceptability)
: 患者や家族の要求、希望、期待との適合性
- (6) 妥当さ (Legitimacy)
: 倫理的原則、価値、あるべき姿、慣行、法律、規則の中で表される社会的選考との適合性
- (7) 公平さ (Equity)
: 医療の配分の公正、公平さ、および集団の便益を判断する原則との適合性

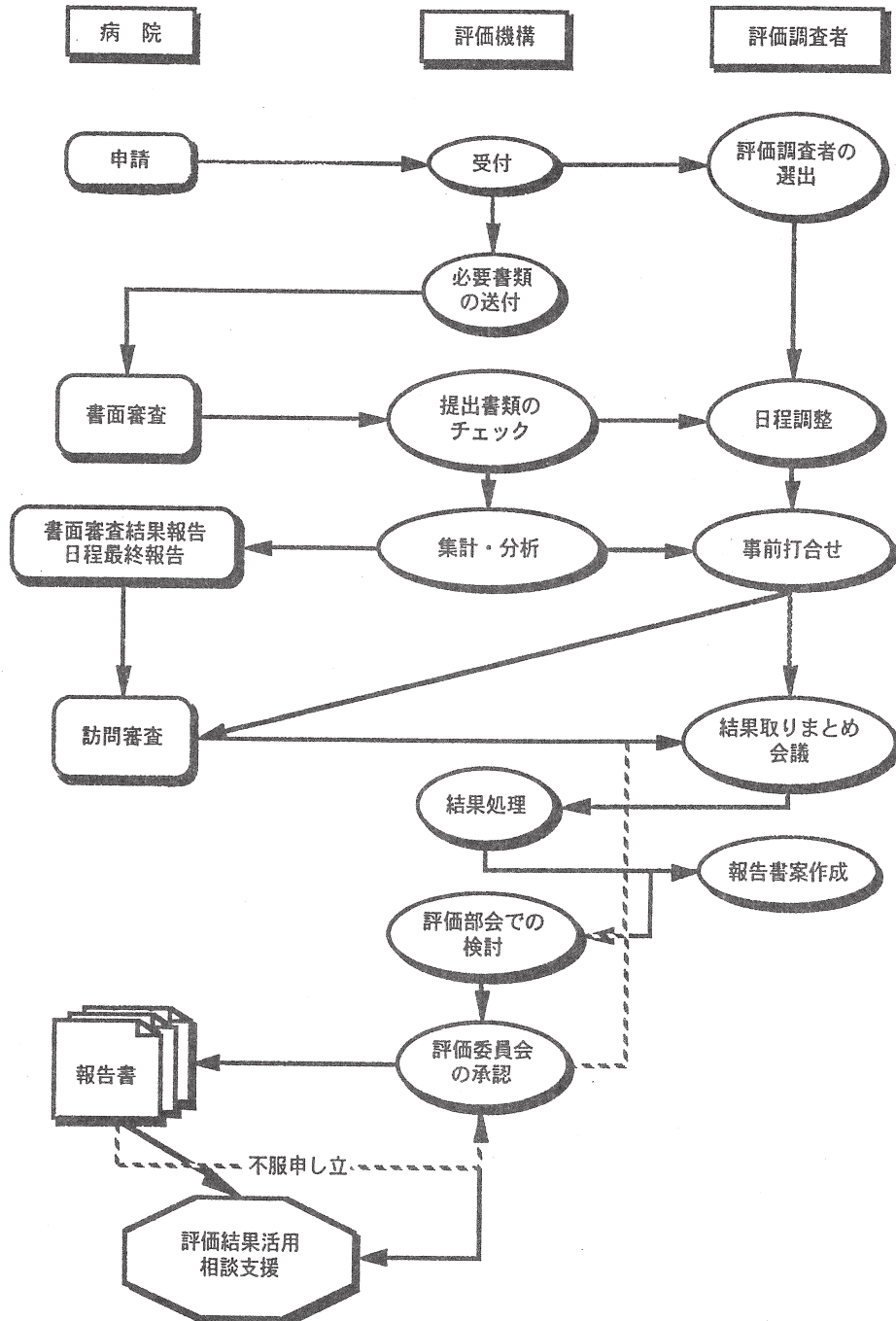
率ということになってきます。4番目の最適条件というのは、コストとのバランスで、それから5番目が容認、すなわち患者や家族の要求、希望、期待との適合性です。それから妥当さ、これは倫理的な原則、価値、あるべき姿などとの適合性です。それから公正さ、医療の配分の公正、公平さおよび集団の便益を判断する原則との適合性です。医療の質の構成要素は今の所こういう考え方が基盤になっております。

(スライド5)では実際にどのようにしてその医療の質を今評価しているのかということなんですが、施設外評価と施設内評価との2つに分かれます。まずは施設内の評価
スライド5
といえますのは、自己評価といわれているもので、施設内で評価し、自分達で改善の努力をするというようなやり方です。施設外評価というのは外の人から評価してもらいやり方です。また下にあります3つの分け方は、自己評価で、これは医療者のことを指しています。医療及び看護を提供した人が自ら評価するというのがこの1番で、2番は消費者からの評価です。つまり患者さんからの評価ですね。多くは満足度といったものをこの指標に使っております。3番目が第三者評価ということで、提供した本人でもなければケアを受けた消費者でもない



第三者による評価というのが第三者評価と呼ばれるもので、こういう3つの評価の方法で現在やっております。

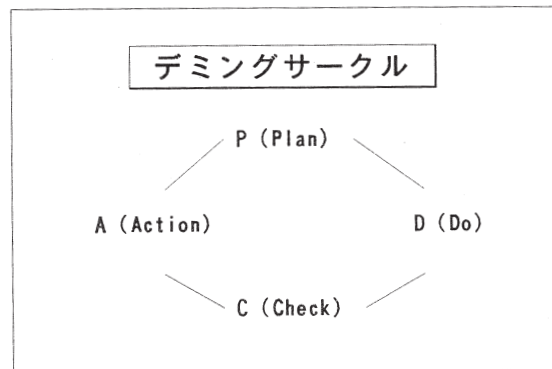
(スライド6)これは第三者評価として現在機能し始めました日本医療機能評価機構の評価の仕方を書いてあるものなんです。先ず病院は評価してもらいたいということを機構に申請いたします。機構はそれを受け、評価者を決めて書類審査を致します。書面審査ですね。書面をお送りしてその必要事項を記述してもらい、あらかじめ提出して



もらって、その書面審査の内容を評価者は見て、それから訪問審査に行きます。これはその病院に直接伺っていることを見たり、お聞きしたりして評価するというようなやり方で、その訪問審査を終了しましたら、結果を取りまとめます。結果を処理し、報告書を作るのですが、最終的なものは評価部会で検討した後、施設に報告書が行くという順序になっております。これが現在行われている第三者評価のおおむねのやり方ということになります。

(スライド7) ここまでが評価というところなのですが、最初に申しあげましたように、現在は、ただただ評価するだけでなく、またその評価してうちはこのくらいを提供できますよということを保証するだけじゃなくて、現在は改善の段階、改善の時代だと申しあげました。肝心なところは、評価を受けた後に、どのようにして自分達が提供しているケアを改善していくかということに、焦点が絞られてきているようです。この改善の方法の一つとして、デミングサークルというのが使われております。

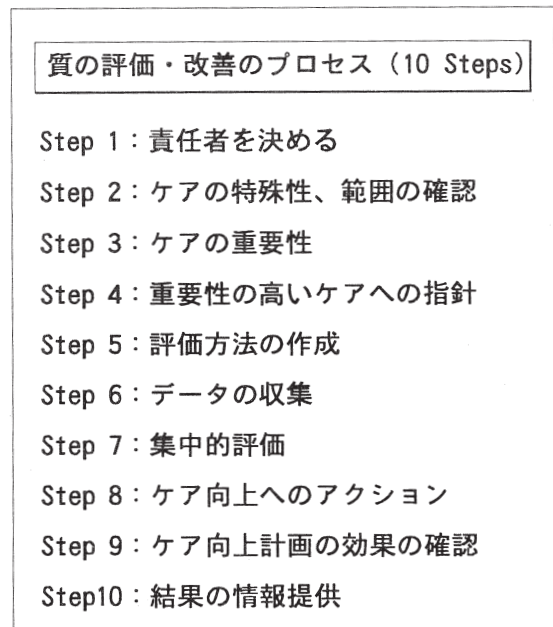
スライド7



デミングサークルというのは結構古い概念ですが、これを日本の企業が取り入れ、QCサークルに使ってまいりました。1970年代から80年、日本でTQCとかQCというのが盛んに行われた時代があったんですが、アメリカの医療は現在この考え方を導入し、医療の改善に積極的に取り組んでおります。デミングというのは人の名前で、管理のプロセスを言っている人なんです。先ずは、何を改善していくかプランを立てて、そのプランに乗って実行し、それがどうなったかをチェックして、そしてさらにアクションを起こすという、こういうサークルですので、全く看護過程とほとんど同じということになるかと思いますが、こういう考え方を使得、評価を受けた結果を改善しようというような取り組みが行われております。

(スライド8) これはもう少し具体的に改善のためのステップを示したのですが、この内容はお手元の資料にお示ししてありますので、またゆっくりご覧いただければと思います。

スライド8



先ずは責任者を決め、そして、何を改善するかというケアの特異性、あるいは範囲を決めて、自分達の病棟で改善するのはこういうケアだ、あるいはこういうケアを頻りに必要とするので、こういうケアについて改善しなきゃいけないというふうな、その特異性や範囲を決めていきます。この考え方は全部を改善しようという考え方ではありません、少しずつでも選んでやっていこうという考え方だと思います。ケアの重要性を決め、重要性の高いケアに対して指針を作り、評価方法を作成し、データを収集し、評価し、さらにアクションを起こし、そしてケア効果を確認し、最後が結果について情報提供するというような、こういう方法をとっております。

駆け足で、評価について述べさせていただきましたが、最後に現在こういう方法で行われている中で、何かまだ課題があるのか私なりに考えたものを述べさせていただきます。先ず1番最初の課題ですが、なぜ看護ケアの質を向上させなければいけないのかということ、まだ話し合っていない段階かなと思っています。ですから特に第一線で働く人達が、このケアの質の改善に取り組むためどのように思っているのかということをお話する必要があります。2番目の課題としては、ある時期私たちは看護職が楽になることを目指して、業務改善をしてき

ました。ですが、この次の時代はどうしたら患者に貢献できるかというところに視点を移していかなければならぬんじゃないかと思っています。3番目ですが、第三者評価機構がスタートしました。その第三者評価がスタートした割には、施設内での質の改善に取り組む組織的なシステム作りがまだスタートしていないところがあるんじゃないかと思っています。この点に関しましても、これからの取り組みではないかなと思っています。そして4番目として、質の改善に取り組むには看護だけでは無理なところが沢山あります。医療全体の中で看護を捉える必要があるということで、病院全体として、組織全体として医療の改善、看護の改善に取り組む仕組みをどうやって作れるか、それも課題になっているのではないのでしょうか。そして5番目は、評価を受けることへの抵抗です。何人かの人とお話ししましたときに、「評価は受けられませんか」とお聞きしますと「いえ、まだまだお恥ずかしいので、もう少し評価が受けられるようになったら評価を受けます」とおっしゃったり、あるいは「もう少しきちんとやれるようになってから評価を受けます」とおっしゃったり「評価を受けられるということは問題ないということですよ」とおっしゃったりとか、そんなふうに評価を考えておられる方達がいらっしゃいました。このように考える土壌がありますので、こういう土壌にあった評価方法、評価のシステムというものも考えていかなければならぬんじゃないかなと思っています。そしてこれは評価のやり方についての課題ですが、看護の場合、非常に個別性が強い、ケースバイケースが多いということも、基準をもとにして評価するというやり方とどのように両立させていくかということも、大きな課題ではないでしょうかと思っています。そして次の課題としましては、医療者側の専門的な判断とその医療を消費する側の判断の価値観が違ったり、ギャップがあるということです。この視点をどういうふうに埋めていくかということも課題ではないでしょうか。そして最後に、評価するためにまだまだ看護データが足りないように思います。データの蓄積、こういったことも今後考えていかなければいけないことではないでしょうかと思います。ありがとうございました。

看護ケアの質の向上を目指して、行政で取り組んでみて

横浜市衛生局看護業務担当 鶴田 恵子

こんにちは、鶴田でございます。四国に参りますのは初めてでございまして、最初、高知女子大の学会にシンポジストとして参加依頼を受けた時、思い出したことがありました。私は、1975年に聖路加を卒業しましたが、その頃アメリカの著名な看護学者が聖路加で講演されるときに、必ず高知に行って、駐在保健婦のことを見てきますと言っていたらっしゃいました。「高知という所は、アメリカからわざわざ見に行くようなおもしろいことをやっている土地柄で、どんな人材を育てていらっしゃるんだろう。」と興味を持っておりましたが、そのまま行く機会がなく今日になりました。先程司会の方からご紹介いただきましたが、ルーマニアから帰ってきたばかりです。クリミア半島にあります黒海に面したコンスタンツァ市が横浜市と姉妹都市でございまして、医療交流に参りまして、昨日の12時に成田に着き、直接参りました。時差があってぼーっとしておりますが、失礼ないように話させていたければとそれだけが心配でございます。私のテーマは「看護ケアの質の向上を目指して行政で取り組んでみて」です。「看護の質」は、野並先生や上泉先生をはじめ多くの方々が研究され、様々な学説がありますが、行政におきましては事務職の方達に説明すると、まだそんなことも整理していないのかと言われておりますので、多くの学説を箱に詰めて、役所では「看護の質」は当然看護の中では整理がついているというような涼しい顔で仕事をしております。若干おおざっぱな話になると思います。というのは行政におりますと、細かい話は誰も聞いてくれません。シンプルに話さないと先ず耳を貸してくれませんので、最初は分かりやすく話します。徐々にイレギュラーな場合も含めて話していきますが、大体8割の内容を含んでいればそれでいいということにしています。解りにくい2割は差し引いておきます。後で2割は足せばいいという感覚で、あまりこういう例、こういう例と言っちゃうと、相手はわかってくれなくなります。Simpl is bestを信条に仕事をしておりますので、私のレジュメも簡単でございます。自己紹介をさせていただきますと、平成3年度に大学院を出て、横浜市に就職致しました。きっかけは、大学院に在学中に研修先の病院を探すために、病院年鑑から自宅から近い病床数の多い病院を選んだ所が横浜市民病院であったことが始まりでした。後で聞きますと南先生が最初に臨床をされた病院で、高知女子大の卒業生が毎年来ていただいております、縁の深い病院であることがわかりました。研修先の病院の看護部長から横浜市で働いてみないかという話をいただきました。そして、市の事務職の方々とお会いする中で、行政ポストでの仕事はどうかとさそわれました。当初行政に入って何をやるのだろうかかと不安もあり、南先生に「病院でもいいし、行政でもいいって言われたんですが、私は病院の方をすぐやってみたく思うのですが」と申し上げたら「病院はいつでもできるけど、行政はポストがないと入れないからやってみたら」と言われました。「じゃあダメなときにはまた考え直せばいいですね」と、あまり深く考えないで、やってみて悪ければまたその時考えればいいという軽い気持ちでお引き受けしまして、早6年目を迎えました。平成3年4月1日付けで看護業務担当係長という辞令をいただきました。初日に「何するんでしょうか」と尋ねましたら、「まあ、がんばって下さい」と言われました。いかに横浜市の人事がいい加減のように思われますが、平成3年度というのは、地域医療計画のかけ込み増床で、看護婦不足の中で横浜市は新病院や新病棟の開設を控え看護婦対策に熱心に取り組んでいた時でした。市長も1期目で、この県知事さんは女性にとっても人気があると聞いておりますが、横浜市の市長さんはあれほどハンサムではございませんが、看護婦に対して施策を組もうという時でそれにうまく乗って私のポストができたように聞いておりま

す。行政で、病院で陰ひなたなく働き続ける勉強熱心な看護婦を応援したいという気運は感じとれました。でも、具体的な看護業務担当係長の業務内容は明確になっていませんでした。それで私は、ポストは用意したが、あなたがやるんだったらやってもいいよ、成果がなければこのポストはなくなりますよ、ということなのだと思います。私が考えたことは、ポストは消える可能性はありますが、予算が付けば仕事は継続できるわけですから、私の仕事は予算を作ることであると確信して取り組みました。予算は秋に来年度の予算請求がありますから、それを作り、事業化することが私の最初の仕事だと思いました。ただ、何を事業化していいかわかりませんので、まずは情報収集を行いました。データを収集していきますと、ちょうど業務改善ということが真っ盛りで、業務改善＝業務整理、看護業務担当というのは業務整理をすることなのかと思いました。どこまで業務整理すればいいのかなという気がありまして、ちょっとスライドをお願いします。（スライド1）これは横浜市民病院の患者さんの病室から見える景色で、中央にそびえるランドマークタワーは日本一高いビルでございます。ここは埋め立て地ですが、東京都より先に埋め立てましたので、博覧会なども無事に終えてにぎわっております。横浜の雰囲気がおわかりいただけるとうれしいです。（スライド2）これが業務整理の時のできましたクラークさん。楽しそうな表情をしています、（スライド3）これはメッセンジャーです。病棟や外来を廻っているんなものを運んでくれる人です。（スライド4）業務整理をして一番助かったのは看護助手さんです。いわゆる看護助手の仕事を整理したんですね。結局それは何のためかと言いますと、看護業務が何かははっきりしていないものですから、一番他の人がやってもいいだろうなというのを整理したら、それが看護助手さんの仕事だったように思われます。私は看護助手の仕事を整理したに過ぎないとぶつぶつ言っていますが、とにかく何が良くなったかと言いますと、いわゆる看護助手さんが看護のなかに随分入り込んできてくれたということで、これは掃除をしているところですね。（スライド5）業務改善の方向性が見定まらない中で、7つの市立病院の合同で研修を実施しました。これは各病院の教育担当の副看護部長さん達が集まって研修テーマや方法について検討して実施した研修の場面です。新病院の開院で新人が沢山入って来たので新人教育をテーマにすることにしました。看護婦の業界は厳しいですね。免許を取って入ってきたらすぐ一人前扱いで仕事をさせる傾向があります。じゃあ新人教育に取り組もうということで、いわゆるプリセプターシップを取り入れた新人教育をテーマにしました。これはワークショップをやっているところですが、上泉先生にはその時に3年間ほど、いわゆる中堅の、卒後4年目から7年目ぐらいの看護婦さん達を対象に、プリセプターシップについて講義をしていただきました。その頃は多少予算があった頃

スライド7

でございまして、宿泊研修を実施しているときですね。続いて研修に使っているスライドを紹介します。（スライド6）このスライドは、「ナースの個を生かす」と、漫画を使っています。新人が入って来た時の一番最初のオリエンテーションで私が担当するときに、この漫画を使っています。基本的にはナースの個を生かすということが、多様性のある看護婦にどう管理がシフトしていくかというところが大きな課題だろうと思っています。私の今やっている行政の仕事というのは個よりも全体を対象にしていますので「個を生かす」とこととどのように折り合いをつけるかが課題です。（スライド7）私の仕事は業務整理

ナースの個を生かす



や研修に取り組みながら、長期的に看護業務はどうなっていく必要があるのだろうかと考えておりました。看護部長を含めてヒアリングしたんですが、あんまり案が出てこない。じゃあ副部長に聞いたらわかるかといえば、出てこない。婦長さんに聞いてもまたわからない。これはとんでもないところに来たなあと思いましたが、私のやるべき仕事が明確になりました。市立病院の看護のこれからのあり方であるビジョンを策定することでした。看護業務に取り組むために予算を確保して2年目に、「横浜市立病院看護指針」を策定しました。内容は一つは看護業務について、次に業務を行う体制について、それから人材育成についてです。要は看護の中味とそれを提供するシステムの問題と、それをやっていく看護婦をどう育成していくか、大きく分けて3つなんです。「看護指針」を策定するにあたり衛生局と、大学病院を持っていますので大学の局長と、人事部長を入れて、それから病院長と看護部長の内部委員を決め、外部の有識者として南先生をお願いし、委員長も引き受けていただきました。看護部長が信頼おける看護協会の理事にいらっしゃいました。特に財界や評論家の方もメンバーに加えました。こういう作業は現状分析をまず行いますので、看護部長にとってはすごく苦しいんですね。うまくいっている病院は変える必要がないわけですから、現状の課題を洗い出す作業ほど、看護部長に辛い作業はないんですが、もうリタイアする間際でしたが、看護部長さんに我慢していただいて、辛いお仕事に協力していただきました。(スライド8)次に人材育成では、キャリア開発の考え方を整理いたしました。いわゆる看護婦のキャリアを看護サービス実践能力とマネージメント能力、人間関係能力、それからいわゆる教育研究能力の四つにあるということを看護婦さん達と、整理、抽出しました。その後行ったのは、臨床実習者、臨床実習というのが看護業務の中に位置づけられていなかったので、これを位置づけるために、まずは臨床実習指導をできる人材の育成をすることにしました。講習会を独自に開いて、その時に修了証書を出すとすると皆さん熱心でした。(スライド9)その時の写真ですね。次に具体的な取り組みとしては、現状分析をして組織の活性化の見直しをしまして、副部長のライン化をしております。リエゾン専門看護婦を7年度に正式に配置し、オンコロジーのCNSは今年から試行始めてい

スライド8

横浜市立病院看護指針

第1章 病院における看護業務について

- 1 看護業務についての考え方
- 2 看護業務の確立
- 3 看護サービスの質の確保のためのシステムについて
- 4 新たに取り組むべき医療の課題について
- 5 看護業務における研究の必要性

第2章 病院において看護業務を行う体制について

- 1 病院組織のなかの看護部の役割と責任
 - (1) 看護部門の評価の確立
 - (2) 看護の視点を病院運営に反映させるためのシステムの確立
- 2 看護部組織の活性化
 - (1) 看護部組織の確立(ライン組織の整理とスタッフ組織の充実)
 - (2) 病棟組織の管理体制
 - (3) 看護婦(士)の役割分担について
 - (4) 効率的で責任のある協力体制の確立
 - (5) 病院間の配転制度の確立
- 3 新たな勤務体制及び勤務時間の創設

第3章 病院における看護婦(士)の人材育成について

- 1 人材育成プランの作成について
- 2 研修制度の充実について
- 3 看護の人材育成・交流について

スライド9

リエゾン精神専門看護婦とは

『リエゾン』とは連携、連絡、つなげる、橋渡しをするという意味である。

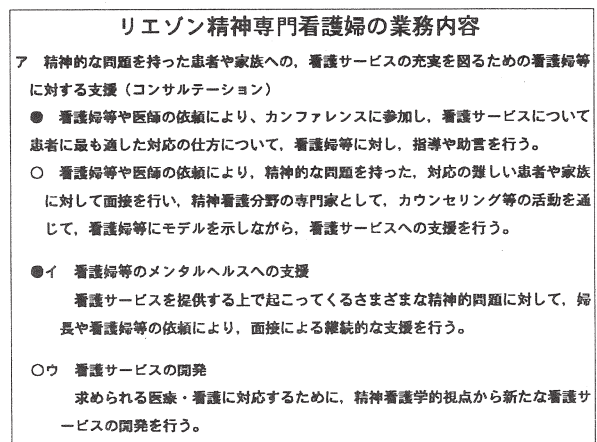
『リエゾン精神専門看護婦』とは、大学院等の教育機関において、精神医学、精神生理学、心身医学等の医学的知識や、カウンセリング、個人精神療法、集団精神療法、コンサルテーション等の、精神看護分野における知識や技術を習得した専門看護婦である。

機能としては、看護サービスの質の向上を図るために、看護婦等や看護サービスに対する精神看護分野に関連したコンサルテーション活動や、精神看護分野のパイオニアとしての新たな看護サービスの開発等がある。

ます。CNSだけを入れても看護婦さんにしてみると「何をやるの」ってことになります。CNSを使うには看護婦はかなり力を持っていないと何をCNSに支援して欲しいかわからないですね。だから、看護婦の質も上げながらCNSを入れていかないと、自信を持ってCNSを使えないというところを感じています。CNSの導入と合わせて、看護婦の専門領域別講習会も両方立ち上げています。これがいわゆる看護協会で行っている認定のレベルの講習会の縮小版ではあります。150時間くらいのコースを計画しています。それからC.D.Pを作成しました。これはキャリア開発の考え方を整理しまして、いわゆる経験年数をとり払いました。というのは、私は聖路加で3年間臨床で、助産婦として働いたのですが、2年目でアシスタントヘッドナースをやって、3年目にヘッドナース、臨床で3年位で一人前と言うんですが、聖路加は3年目の時はもう管理をしていたというように、何とかなるんですね。3年かけてゆっくり育てられるか、やりたい人にはやりたいんだったらチャンスを与えるか、だからあんまり経験年数にとらわれますと小さく育てる可能性があります、まあ私みたいに太ってしまうとちょっと論外でございます。あまり1年目、2年目っていうのは臨床実践能力の目安であって、何年目という言葉は極力除外していかないと、ある人は5年かけていわゆる今でいう3年目のコースをやる場合もあります。また、これから大卒、大学院を出た看護婦、看護婦の背景はますます多様になってきます。国家試験はみんな同じに通ってきても、入ってきた段階で違うと思います。また、結婚していたり子供を持った新人だって入ってくる可能性があります。一律に1年目という切り方が難しくなることを予想して、いわゆるCarrer Development Programで自分の評価をしてサポートを受けながら、いわゆる自分でプログラムを選んでいく

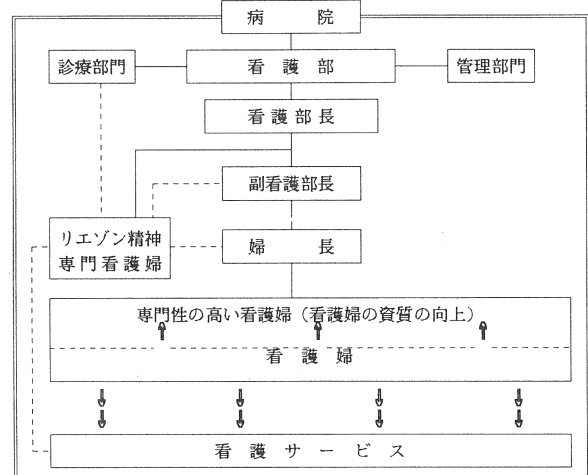
ようなことを始めております。次に、均等割り三交代について見直しを行っております。これは処遇改善としてやっております。よくこれを人員削減というふうに見えるんですが、真夜中の勤務交代というのはどう考えても不合理ですので、処遇の改善の一貫として取り組んでおります。今、均等割り三交代の見直しを、看護婦さん達が警戒心のある中でやっております。やっぱりいろいろ意見が出てくることというのはおもしろいです。(スライド9)リエゾンを入れるときの経過なんですが、まずリエゾン専門看護婦というのが何なのかわからないですから、これが文章化したものです。まず一番上のだけ見といていただけますと、これがリエゾン専門看護婦とは、それが何なのかわからないと話が進みません。これをどうやってわかっていただいたかと言いますと、研修でこの人に来てもらって婦長さん達に会わせました。婦長さんがこういう人と働いてみたいと。言いました。このデータをもとにしてこのシステムの導入を考えていきました。(スライド10)それからリエゾン精神専門看護婦の業務内容、まずは何で、どんな仕事をするのかについて整理をします。(スライド11)これは位置づけですね。うちの場合です

スライド10



スライド11

病院内におけるリエゾン精神専門看護婦の位置付け



と、看護部がありまして、看護部長、それから副看護部長、婦長、それから看護婦です。看護婦がいわゆる専門性を高めて、看護サービスの質を上げていくのには大事です。そのためにリエゾン専門看護婦を入れて支援する。点線はいわゆる関係性を示しているのですが、看護部長のスタッフ機能で、婦長の処遇をしています。CNSはいずれは、いわゆる副部長級までは処遇を上げていく方向性で考えています。これも本当は、組織図をこのように書いてもうまくはいかないんですが、わからない人にわかってもらうにはああいう場合っていわないで、こうですよって言うと、何となく分かった気持ちになるんですね。

(スライド12) これはその資格要件です。「どんな人がそれになるの」という時に、看護協会の要件とそれにウのところのみそでして「人格等に優れ、また病院運営等に貢献することが期待できるもの」これ一行があるとみんな安心できます。だからあんまり看護協会だけに縛られちゃうと、看護協会が決めてしまうというみんな嫌がりますから、プラスこの一行がみんな安心感があるんですね。それで、安心してもらえるんだったら何でも書いていうのが大事なようです。(スライド13) これは、新人の教育の時に使ったスライドです。基本的には看護婦は、看護業務を責任を持ってやるわけです。意志決定して看護婦個人がベッドサイドケアをやっていくことを考えますと、個人というのがすごく大事になります。いわゆる個人が、看護婦一人ずつが自分の自己評価がで

き、どこが課題なのかってということがはっきりと自覚できることが必要です。そのために、個人をきちっと育てる必要があるかと思えます。これは、家庭教育だと言われればそうなんですが、看護学校で個人の教育というのはなかなかないような気がします。私も宮崎で教育しておりまして、講義が終わって、医学部の教授が帰るときには玄関まで行って一列になって挨拶をする。それから実習場に行けば看護部長の前へ行って一列になって挨拶をすると言う構造を見てますと、個人はないんですね。それで、個人と責任とあとはスピリットにしました。行政と言いましても基本的には、病院には個々に看護部長がおりますので、意志決定は病院です。行政は何をするかと言いますと、普通は県ではいわゆる看護基準ですとか、いろいろ許認可権がありますが、市は持っておりません。じゃあ私は何の仕事をするかって言いますと、市立病院の経営部門の中に看護職がいるということですね。で、あんまり行政が口を出しすぎますと、各病院やりにくくなるでしょうから、私もいずれ病院に行くと思いますので、どっちかっていうとサポート体制っていうことに徹しております。サポートに一番大事なのはスピリット、いわゆる何を、理想にあげられるかっていうところを明確にして、常にプロモーション活動をしています。理想と現実とは遊離しているところがありますけれど、志を高くもって、いつも胸を張って働いております。いずれは理想は現実になるでしょう。あとは遊びと言いましょか、いわゆるいかに知恵を出すかっていう時は、余裕がないと知恵は出てきませんので、そういう意味ではこれは大事な要素です。これを新人の看護婦さんのオリエンテーション時に最初から説明していきます。新人の教育の時には副部長クラスも来ますし、看護部長も来ますので、これを説明しますと、

スライド12

リエゾン精神専門看護婦の資格要件	
ア	次のいずれかの要件に該当するもの。 <ul style="list-style-type: none"> a 看護系大学院修士課程修了者 b 日本看護協会専門看護婦2年課程修了者 c 看護婦免許を有し、かつ看護学以外の関連領域の大学院を修了した者で、上記のa、bと同等の能力を保有するもの
イ	次のすべての要件に該当するもの <ul style="list-style-type: none"> a 通算して5年以上の実務経験を有すること b 実務経験のうち、精神看護分野の経験を3年以上有すること <small>なお、精神看護分野の経験内容として、1年以上は専門看護婦に必要な所定の教育終了後の実務経験を含まなければならない。</small>
ウ	その他 人格等に優れ、また病院運営等に貢献することが期待できるもの。

スライド13

個人
責任 (社会・自分自身・看護業務)
志 Spirit
遊び (創造性の開発)

そうかなあとみんな思って帰られます。毎年このスライドは使っております。(スライド14)これは私と同時に入った看護婦さんの写真なんですが、他にも各病院に何人かモニターをしてくれる看護婦さんがいるんですが、彼女の成長ぶりが私の仕事の一つの成果かなあと思っています。だから基本的にはこういう人がいきいき仕事ができる、いいケアができる、意欲を持ってできるかっていうことが、私自身の仕事のoutcomeだというふうに思っています。彼女は6カ月のがんコースが終わりまして、ターミナルケアを自分の関心領域に持って、これから結婚もしそうですけれど、やっていきたいと言っているんで、まあまあ私の仕事もまずまずかなあと思っております。

(スライド15)ここが三沢のサッカー場でございます、桜がきれいでございます。これが横浜でございます。スライドありがとうございました。

最後になりますが、今いろいろやっている中で、行政で感じていることっていうことを7つ挙げています。1つは客観的な現状分析、いわゆる第三者評価を含めた、いわゆる現状分析をするということ。課題を抽出する勇気が必要です。うまくいっているところはうまくいくわけだから、放っておいていいんです。けれど、課題を出すってということには痛みが伴います。それから戦略や戦術の必要性。内容があるのはあたりまえで、内容を作る作業は半分くらいで、それを実行に移して行くところにもエネルギーをおいておかないと、内容をわかってもらって実行していくのにはかなりエネルギーがいると思います。それから長期展望です。来年する仕事はどこにつながるのかってということも含めた構想ですね。それから良き理解者の必要性、分かりやすい説明が協力者を増やします。喧嘩することは滅多にしない方がいいと思います。喧嘩すると大抵人間関係が崩れますけれど、するときはやりますが、基本的には良き理解者を増やすということですね。それから目標管理、これは決めたことは必ず実行します。だからできないことは決めないです。できそうだなあと思うところを多少チャレンジ精神であげます。決めたことは必ずやり遂げます。だから期限ぎりぎりにしないで、1カ月ぐらい前にまとめ始めるというやり方もいろいろあると思いますが、必ず決めたことはやり遂げる。それがパワーになると思います。それから報告書の必要性と書いてありますが、これはですね、人がどんどん変わりますから、最終的には文章化して残していくという作業が必要です。関わった人達の名前をきちっと残します。したことが必ず報われないと、人間やる気なくなりますから、年度末は報告書作りで追われますけれど、最終的にはそれが何年も使われていくと思います。以上ケアの質の部分についてはお二人の先生が説明されたので、それを実行していくため、今取り組んでいることをお話ししました。

質の高いケアを提供し得る看護者の育成

高知女子大学 井上 郁

今3人のシンポジスの先生方それぞれに看護の質ということでお話いただきました。私は今、看護の基礎教育に関わっている者として、じゃあ3人の方が言われたような、質の向上を考えられるようなスタッフを基礎教育の中でどうやって育てていけばいいんだろうというのが与えていただいたテーマだというふうに考えております。私自身が大学を卒業してから20年以上経つんですが、半分学生をやっていて、半分実践或いは教師をやって、半分半分の生活をしてきたので両側から見て教育って何ができるんだろうかということを考えてみたいなと思いました。ケアの質というレベルで学生に何が伝えられるのか或いは伝えなければいけないのか、私自身が看護者としてこれから仲間となる学生にどんなことを分かって欲しいのかっていうのを考えますと段々不安になってまいりまして、ちょっとこれは何をお話しすればいいのかな、こんなことがお話しできるのかなとずっと不安でして、今日は自分自身の反省を踏まえて、少し夢を語らせていただければな、こういうことができればいいかな、こういうことをせめて少しは見ながら、目指しながら動いていけたらいいかなというところでお話をさせていただければと思います。

野並さんが最初に言われたケアを提供する看護の力をどう育てるかっていうお話の中でケアとは何かっていう話をされていたと思うんですけども、ケアは自発的に人に関心を向けてその関心を行動に表すことだと言われました。ここには学生もおりますので批判があるかと思しますので、その批判は出していただければと思いますし、これは先輩の先生方にうかがわなければいけないんですが、私自身も自分が学生の時、多分そうだったのかもしれないと思いますが、今の受験期を通してくる学生にとって大学になってから思春期をやっているんだと思うんです。それは思春期をやる必要があるからやっているんだと思うんです。私はよく知りませんが、10代の初めぐらいから思春期が始まるというふうに言われていますよね。でも今の学生は、10代の初め、中学生の頃に思春期に入りかけたところでそれをストップさせて受験期に入るんじゃないかっていう気がしています。これは私の勝手な理論ですが、受験期を終わってやっと大学に入って、それからやり残した思春期をもう一回やっているという感じを強く受けております。私自身の年齢かなというふうにも思いますが、思春期の大事さというのは自分に対する関心を充分に持つということじゃないかなというふうに思うんです。自分自身に関心を持たなきゃいけない時期、あるいは自分にしか関心の持てない時期に、看護というのは他人に関心を持って強制するわけですね。2年生、3年生とそういう時期に実習が入りまして「あなたたち患者に興味がないわけ？」というふうにこちらはプレッシャーをかけるわけですし、発達段階から言うと、まず大人になるプロセスを充分踏ませるということが大事な時期に、看護という教育であるばかりにそれと平行したかたちで大人がやるような他人に関心を向けて、その関心を外に表すという、しかも自主的に自分の思いとして表現するという能力を要求される。私は高等学校で教えたことがありませんが、高等学校でも看護が教えられている。そういう、発達段階としてまだそこまでいってない子たちにじゃあ何が教えられるのかということになるんだろうと思うんです。それから考えるとやっぱり看護は大人の仕事なんだろうなあというふうにも思います。「社会化」という一言ですませてしまえない内容がいっぱいあると思うんですが、社会化の重要性ってというのはそこからでてくるんだろうなあというふうに考えています。

上泉さんの話された看護実践の内容をどう見るか、内容をどういうふうと考えていくかっていうことで、例えば

過程基準、結果基準、内容基準という話をしてくださったんですが、過程基準という看護って何をするのだろうかということがまずは学生に伝えられるのかな、看護って何だっていうことが伝わっているのかなというのが自分自身の反省でもありますし、結果基準というのは何を目標してやるのが看護なのかということだろうなという気がします。具体的なことは多分実践の中で見いだしていくんだと思うんですが、基本的に看護ってというのはこういうことでこういうものを目指していく、それを実際に行動として表す内容はこうやって計画して、こうやって実践するんだよってというのが多分今の看護教育のなかで自分も含めてやろうとしていることなのかなあというふうに考えています。そういうふうに考えてきた時に、じゃあケアを提供する人として自分に関心を持ちながらも、人にも関心が持てて、しかも看護という新しい世界をかいま見たところで、これは何で、これはどんなところを目指して、これは何をすることなのかってというのが、どんな形で学生に入っていくんだらう。私たちの思いをどんどん、どんどん一方的に伝えていっているんじゃないかっていう自分自身の反省と、ちょっと怖さを感じています。ケアをするためにその人がどう生き生きしているかということが大事なんじゃないかということが何人かのシンポジストの先生の言葉から出たんですが、じゃあ私の毎日、日常を考えて私は生き生きとしているだらうかと考えてしまうんです。学生にある年「私は教師にはなりたくありません」って言われたことがあるんですね。何故かって聞くと「先生みたいな生活したくないですから」って言われたんですね。私は本当に生き生きと自分の生活を送っていると胸を張って言えるだらうかというのが今教師としての反省の一つです。ただ、是非是非伝わって欲しいとずっと思っていることは、「私は看護が好きだ」というでこれだけでも伝わればいいかなというふうにも思ってます。これだけ好きで、こんな生活しながらもやっている人がいる看護っていう世界にはなんかあるかもしれない、なにか魅力があるかもしれないということが伝われば、それが看護を続けていく原動力になって、続けていく中でその子が何かを見つけていく、その方向性みたいなもの、「おもしろいよー」というメッセージが伝われば基礎教育っていいのかなと思いはじめています。でもそうすると国家試験には通らない子ができてしまうのかなというふうに考えますと、どのレベルでの知識だとか経験を伝えれば最低限と言えるのだろうか、どこで線を引けばそれが次の経験につながっていくといえるのだろうかというのが見えないうままで今日ここに座っているような状況です。

鶴田さんのお話してとっても身につまされて、しかもおもしろいなと思ったのが修了証書の話でした。修了証書を渡すということは「あなたやったよ」ということの証だと思うんです。自分が教師をしていて、学生に「やったよ」というメッセージをどれだけ送ってきたかなって思います。私自身が日本の中で看護婦として保健婦としてあるいは学生として「やったよ」というメッセージを誰からもらえたかなっていうのもすごく考えさせられます。初めてアメリカに行った時にやたらほめるんですね、向こうの人たち。「おはようございます」と言うと「あー今日の洋服、とってもよく似合っているわね」から始まるんです。「あら髪型変えたのね、とってもいいわよ」っていうのから始まるんです。私は友達で同級生と一緒にいった時があるんですが、彼女とも話したんですがそれをやられるともものすごく不安定になるんですね、自分自身が。いられないんです、そこに。恥ずかしくていうか「もういいです、いいです、やめてください」っていう感じになってしまう。「ああそうありがとう」っていう感じで明るく受けるんですね、向こうの人たち。でも、私はそうはできない。そういうふうに受けられない自分がある。これは何なのかって考えた時に、そうやって頭からほめられることに慣れていない自分というのをすごく感じました。日本人の注意のしかたとかやり方っていうのは10個あると9個まで注意で1つほめるっていうやりかたなんだろうなと思います。アメリカ人たちの動きを見ていると10個ある中で9個ほめて1個だけ注意するというやり方をするんですね。それはほめられる内容とかほめることのない人に対してはもちろんほめないんですが、

くさしもしないんですよ。だから最低限マイナスのメッセージをどれだけ減らせるかっていうことを考えているのかなって感じがします。修了証書で表されるものっていうのは積極的なプラスのメッセージなのだろうと思います。子供を育てる時に、プラスのストロークをどれだけ提供できるのかというふうにはいわれるんですが、自分が学生に対してもできていることはいっぱいあるのは知っているんですが、それは当然のこととして言わないんですね。「ここができたね」「これができたね」って言わないで、それはこっちにおいて、「ここと、ここと、こことをやるともっとよくなるよ」という言い方を必ずするんですね。そういうふうに着てられてきて、そういうふうと言われることに慣れている自分が、同じように学生に伝えていっている。その時にこの子たちが「やった」と思えるところが何かあるんだろうか、目標が達成できたという思いがあるんだろうか、ということが非常に不安になってきました。何かを達成したという経験というのが次への原動力になると言われていますし、多分そうなんだろうなあと思います。そう思うと、達成感というのをどうやって味わせてあげられる教育であり得るのか、実習にしてもクラスにしても、できないということではなくて、コップの中に水が1割しか水が入っていないのではなくて、1割入っているよというメッセージをどうやったら伝えられるのかなというふう考えるんです。教師仲間で話すと、クラスの中で学生みんなにそれを言うと、「1割しか入っていない」と思うのではなくて「1割入ったよ」ということが伝わって欲しい人には「1割しか入っていない」って言葉が伝わって、「1割しか入っていないよ」ということが伝わって欲しい人には「1割も入ったよ」というメッセージが伝わって上手くいかないのよ、という話をするんですが、ほめられて嫌になる人はたぶんいないだろうと思います。ほめられてすごくうれしくなる人と、それほど感じない人はたぶんいるだろうと思うんですが、ほめられてすごく腹が立って悔しい思いをして、悔し涙を流す人はたぶんいないだろうと思うんですね。注意をされてそれが原動力になる人も確かにいると思いますし、注意されないでほめられると「もう私には興味がないんですか」というふうな反応をされるスタッフもいらっちゃったんですね、過去に。自分に興味を持ってくれるからこそ叱ってくれるんだといった価値観をもっているひと確かに沢山いるんですが、それ以上に叱られた、注意された事でエネルギーを削がれる人たちが沢山いるんじゃないかとすごく思います。自分自身確かにアメリカに行ってほめられたことですごくはずかしい思いをしたり、そこにいられなくなって何とも答えられなくなってそそくさと逃げるようにその場を去っていった経験は沢山あるんですが、それでも後に残った自分の気持ちは嫌な気持ちではなかった気がするんですね。そのことがどうやら基礎教育の中で、この混み合ったカリキュラムの中で、とにかくカリキュラムをこなしていかなきゃいけないと教師も学生も思っている程忙しい中で伝えられるものなのかなあと思います。さっきの創造性を育てる遊びの部分だとか、自主性を育てる志の部分だとかっていうのが基礎教育のカリキュラムの内容を伝えながらなおかつ伝えていけるのかなっていうのは非常に心細い感じがしますが。

もう一つ私自身が少しだけ婦長の役割をとらせていただいて、スペシャリストの役割をとらせていただいて、それからいろんなところでコンサルテーションのような役割をとらせていただいた時に、管理をやっている方たち、看護部長さんとか婦長さんとお話したり、自分自身の経験も踏まえてですが、管理っていうのはみんながやることなんですよって言われた婦長さんがいらっちゃたんですね。管理は看護部長がすることではなくて、看護部長もすることであってスタッフもすることなんですよっていうふうに言われたんです。これは上泉さんにお聞きしないといけないかもしれませんがその時に私自身には管理っていうのがあんまりイメージなくて「えっ、スタッフが管理って何やるんだろう」というふう思ったんです。でも、何カ所かの日本の病院とそれからアメリカの病院とを見せていただいて、それぞれの小さいユニットで自分たちが決定して自分たちで病棟を動かしているとい

う実践の状況を見せていただいた時に「あーこれなのかもしれない」というふうに思いました。それは全員が参加をするということだと思えました。どういうことかっていうと、病院でスタッフとして働いている人が自分が働いている仕事に対して、自分のポジションに対して要求を出すと思います。今の日本だと例えば給料をもっと上げて下さいとか、この仕事は私の仕事じゃなくて他の人にやって欲しいから事務の人を入れて下さいという要求を出すということで、対管理部、対病院という形での対話制なんです。病院が決めたシステムの中に自分が入っていく、自分がある場所と病院のシステムが対峙しているという感じを非常に受けます。それに対して全員が関わっていくというのは参加をするということだと思うんですね。日本の文化の中で考えた時に、この参加という考え方がそのままスポッと入ってくるとはさらさら思っていないんですが、例えば私自身が大学院にいる時、大学の運営の委員会に学生の代表も入っていたんですね。私自身は博士課程の学生の代表という形で大学の評議会、学部のレベルの評議会と大学院レベルの評議会と別々にあるんですが、大学院教育のための評議会というのにメンバーとして入っていました。他の委員会にも全部学生が入っているんですね。入試委員会にまで学生が入っています。私自身は学生の入学許可の検討をする委員会にも代表としてメンバーで入らせていただきました。それはどういうことなんだろうかっていうことをむこうの先生と話していると、物事はそれに参加する人全員が集まらなければ決まっていかなければだっておっしゃるんですね。だから、看護であれば、看護婦がいて患者がいてはじめて看護がそこに存在する。看護婦だけでは看護は存在しないし、患者だけでは看護は存在しない。同じように教育には教師がいて学生がいてはじめて教育がそこに存在する。教師だけでは教育はないし、学生だけでも教育はない。だから教師が考える教育と学生が考える教育があいまって初めて教育というものがなり立つんだというふうにおっしゃるんですね。それは理想は理想で実質的に必ずしもそういうふうになっているわけではないかもしれませんが、少なくとも最終的に学生は評価されるわけですし、教師は評価をする側ですから、そのギャップはどんなふうにしても埋まらないんだと思うんですね。最終的に学生は成績を出すわけではなくて教師が成績を出すわけですから、だけどそこまでいくにあたって、できる限り両者が集まって決めていくということだと思うんです。私がいたときに大学院の評議会でも何を具体的にやっていたかという、例えばクラスのタイトル、目標、内容、どういう形でやるのかということを書いた書類、大体紙一枚くらいですが、それが出てきて、その内容を順番に、大学としてこれだけは各クラスで教えて欲しいという決められた枠組みを使って、それに合致したものであるかどうかという評価をするんです。その上でそれが全体のプログラム中にある必要なものなのか、ある部分に関するクラスが非常に多くて他の部分が少ないというアンバランスがないかという評価をするんですね。その時に受ける側としてどう思うかということ必ず聞かれるんです。これは完全に参加者という考え方が文化の中に根付いているからなのかもしれないですが、医療のところに行くとも必ず患者さんがそこにいて当たり前ということを言われます。日本で考えるとカルテは患者さんのものであるのにもかかわらず、患者さんだけが見られないものなんですね。カルテの内容は患者のプライバシーで患者の財産だと思うんですが、それを実習生であるうちの学生たちや教員は見るチャンスがあるんですが、持ち主のご本人は見るチャンスが今のところほとんどないのが日本の現状です。何かの活動をするメンバーの中の核になる人がそこから抜けている状況の中で、いろんなことが決まって、いろんなことが言われて、評価がされて、内容が検討されていってっていうふうになっているのだと思います。だからといってすぐに患者さんを呼んできて全てに入ってもらってと、そういうことを言っているわけではないんですが、考え方として、いろいろな物事を決めたり動かしていくときに、それを提供する側も受ける側もそれをサポートする側も、関わっている人たちがみんな参加してはじめて全体が動くのかなって思います。もし、こういった考え方が看護の現場の中で、管理だとか質

評価だとかっていうことで始まっているとすると、それに違和感のない学生たちを育てていかないといけないのかなって思います。そうすると学生に自分たちが教育を受ける側の人間として、大学の教育に参加しているんだという意識をどういう形で、どういうシステムで、どんなやり方で伝えられるのだろうか、それが伝えられたらおもしろくなって夢を描いています。ただこれがもう一つ、一番最初に申し上げた学生の発達段階のところに戻っていくんだと思うんですね。アメリカの学生と日本の学生の決定的な違いってというのは、年齢なんです。昔はアメリカでも18歳、19歳の学生がほとんどだったそうですが、今はほとんどが成人なんですね。日本のようにストレートで高校から来る子っていうのは非常に少なく、私の行っていたオレゴンの大学の学士コースに来ている看護学生の平均年齢は30歳近いです。28とか29とかそういうレベルです。いろんな社会経験をしたり結婚している人も勿論いますし、他の仕事に就いていたことのある人もいます。ずっとふらふらとしていたとか結婚して家にいたとか、全然関係ない勉強をしたという人もいますが、少なくとも思春期をやっている人たちではないんですね。しかも社会の中で何らかの役割をとったことのある人たちなんですね。大学院になると、当然大人の人間になりますので、そういう人たちだからこそ自分の立場で自分の役割を考えて参加ができるのかもしれないというふうにも思えます。そうすると日本の今の、これからも多分そんなに変わらないかもしれない高校からそのまま入学してくる学生たちが対象の大学とか看護専門学校の中で、その学生たちに参加ができる教育のプログラムであり、カリキュラムの決定って何だろうというのがこれからの与えられた課題として考えていかないといけないことなのかなというふうに今回のシンポジストのお話をいただいてから考えました。

質疑応答

梶原：どうも先生ありがとうございました。これで4人のシンポジストの先生方の第1回目の御発言が終わったわけです。質疑応答ということでフロアとそれから先生方と一緒に考えていきたいと思うんですけども、1分くらいちょっとお隣あるいは前後の方と4人の先生のシンポジウムをお聞きになっての感想とかこんなことについて質問したいと思っているけどっていうふうなお話をして下さい。

はいどうもありがとうございました。ここから見ておりますと言葉に出して笑ったり感想を述べたりなさっている方は比較的若い方が多くて若干お年を召された方はお一人で思考の整理をなさっているようにお見受けいたしました。それでは、これからはிரりたいと思いますが、上泉先生から課題が幾つか与えられましたね。なぜ看護ケアの質を向上させなければならないのか、第一線で働いている人たちはどう思っているのか第一線で働いているナースというのは本当に野並先生がおっしゃったようにあれだけの質の高い看護が展開できているのだろうか、今年就職されてまだ半年にならない会員の方とか今日こられたご参加の方はどんなふうな感想をもってらっしゃるか、あるいは看護業務の業務整理をしてナースは少し楽になったけれども患者さんへの貢献度、患者さんの満足度そういったものはどういう反応だろうか、そういったケアの中味のことについて少しご質問をお受けしたいと思います。

野並先生は非常に臨床経験が長い先生でいらっしゃるし、ケアの質の測定、量の測定いろんなことをなさっておられます。今日お話の中でプライマリーナースの活用のことをお話下さったのですが、私の質問ですが、虎ノ門病院なんかはすぐにプライマリーナースができるようなスタッフが集まっておられるからできるのかな、井上先生のお話ともオーバーラップするんですけども今、看護婦として現場に卒業して就職してくる看護婦たちというのは非常に両極端になっているんじゃないかなと思うんです。大学とかそれから正看コースをでてきた人たちと、それからあるいは准看コース、進学コースを経て正看になった方とか、思春期に勉強をしてそして共通一次のテストを受けて順調に来られた方とそういう競争社会、学校のそういう競争社会から少しはずれて、それでレギュラーで通らなくてまた2年間の課程を経てというふうに行くコースとありますよね。そういう現場には両極端のスタッフが就職してくることが、私たち高知県の民間病院では多いですけどもそのへんのプライマリーナースを育てていくことについてなにか追加のお話があればお聞きしたいなと思うんですけども。

野並：皆さんが質問を考えていただいている間に少しお話しさせていただきます。虎ノ門病院は一応正看だけで構成されていた病院ではあるんですけども2割から3割が新人ナースということで1年目のナースから5年目のナースで、5～6年目になるとチーフナースになるってというような過酷なチーム編成の中でやっておりました。私の考え方の前提としましては一応日本の中で正看護婦っていうふうに国家資格までいただいている正看護婦であるならばプライマリーナースになれるっていうふうに思っておりましたし、1年目のナースも半年はアソシエイトナースをやっておりましたが、半年後には少しずつプライマリーナースになっていくということでやっておりましたのでできると思います。先ほどステップで看護ケアシステムをつくることをお話しましたが、プライマリーナースングだからといって全部同じ形でシステムをつくる必要はないように思います。例えば私がこの前うかがった兵庫県の地方の県立病院ですと、ナースの方の平均年齢が40才ぐらいで半分以上の方が40代っていうふうな、それは年齢がいつているということを行っているわけではなくて、例えば虎ノ門病院とかから考えますと、よだれのであるようなチーム編成なわけですし、主任ナースクラスがそこらへんにいるというふうなキャリアの持ち主がいるわけ

ですので、そういう構成でやっているところであるならばむしろ平均的なプライマリーナースというよりもプライマリーナースにプラスして、例えば認定看護婦までいきませんか、先程鶴田先生が認定看護婦の前の段階の専門性を育てていくって言うふうなところを取り組んでいくとよいのだらうと思います。それだけのチーム編成が必要になってくるんじゃないかなって言うふうに思いますし、またそれだけのチームで構成されているということは莫大な人件費を払っているわけですからその人件費の分だけは患者さんにケアの質を提供していかなくちゃいけないんじゃないかというのが私の考えです。

梶原：どうもありがとうございました。今日お集まりの方は、中学校、高等学校の先生、それから病院のナースあるいは地域の保健婦さん、産業保健婦、いろんな立場の方がいらっしゃると思います。4人の先生のご講演を聞きながらそれぞれご自分の施設ご自分の職場での現状、質ということをイメージされながらどうやって現実の問題を改善していったらいいかなあっていうふうに思い描きつつ聞かれたと思いますけれども、本当にこれだけの講師の先生方からアドバイスなどを頂く機会というのはめったにありませんので質問をなさって本当にご自分の明日からの生き生きするための糧になさったほうがいいと思いますのでどうぞ。

中内：35回生の中内です。私は今東京の方で臨床の看護婦をしております。4人の先生方の大変興味深いお話を聞かせていただきまして、また私自身、看護管理に興味を持っておりますので明日からの自分の仕事にまた取り組む姿勢を新しくさせていただいたように思います。質問ではないんですけども私が日頃感じていることですか、先程上泉先生からの課題としてどうして看護の質の向上かということについて私なりの意見を述べさせていただきたいと思います。先程野並先生も少しおっしゃいましたけれども、私たちは看護の専門家としてお給料をいただいているわけですよね、学生時代に勉強してきたこと、それから卒業してから個人的にあるいは患者さんを通じて勉強させていただいたようなことをそういういろいろな資源を私たちはいただいて専門家として成長していこうとしているわけですし、それに対して私たちの行うサービスを受けてくれる患者さんたちにやはり貢献していかないといけない、それだけに私たちが受けたものに見合うだけのものを返していかなければいけないという使命があると思いますので、そういったことを考える時、ただ判然と日頃の業務をこなしていくという姿勢ではやはり教えてくださった皆様に失礼にあたるというか、それだけではやはり資源の浪費になってしまうのではないかなと思うんです。ですから、やはり受ける方が満足できるような、これが専門的なケアであるって言うようなものを考えていかなければいけないので、やはりケアの質の向上って言うことを今は考えていかなければいけないというふうに思います。考えがまとまらないんですけども私はそのように思います。それで後は、私は直接井上先生から授業を受けてその後も公私にわたってご指導を受けておりますが、井上先生がお話の中で「反省もまじえて」というふうにお話しされてました。それで本当に伝えたいものが伝わっているのだらうかということをおっしゃいました。私自身の話ですと、私が女子大に入った頃は看護婦になろうと思って入ったわけではなかったんですけども、井上先生をはじめ沢山の先生方の看護に取り組む姿勢とか一生懸命私たちに看護とはこういうもんじゃないかということをお話をとおしてそれから日々の生活を通して見せてくださっていました。ですから学生の時はそんなに真剣に考えたような記憶がないんですけども、卒業して実際に患者さんと出会って看護をしていくなかで、あのとき先生がおっしゃったことはこういうことだったんじゃないかとか、あの時先生はこういうふうにおっしゃったんだけど、私はやっぱりこんなふうに思うとか、実践の中で感じていることがたくさんあって、ですから井上先生は反

省しているとおっしゃいましたけれども私自身の考えでは高知女子大での基礎教育というのは今現在沢山の卒業生が出て、看護の中の実践の中で看護の改善とか看護をよくしていこうというふうに沢山の先生方がされていますよね。ですから本当に女子大で学んで先生方に教えていただいてよかったなと思っています。井上先生反省なさらなくても充分伝わっているように思います。これは私だけの意見じゃなくて女子大を卒業した卒業生全員の意見じゃないかと思っています。話がまとまりませんでしたけれどもフロアからの口火ということで私の意見を述べさせていただきます。

梶原：どうもありがとうございました。シンポジストを励ましていただきまして。それでは他にございませんでしょうか。

鈴木：オレゴンヘルスサイエンス大学博士課程の鈴木志津枝です。ちょっとまだ意見も質問もあまりまとまってないんですけども、私も井上先生としばらくオレゴンで一緒に生活しながらいろいろディスカッションして先生がおっしゃったことをいろいろ考える機会がありました。確かにアメリカではある程度成人期に入った20代30代の方たちが看護を学んでいく。本当に大人の教育だっていうことを実感していますし、私も博士課程に入れていただいた時期に非常に英語能力も低くて、どうして私が入れてもらえたのかなと本当に疑問に思うくらいだったので、やはりあちらの教育っていうことに対する考え方で、今後多分この人は日本の看護である程度やっていくんじゃないかという可能性も考えていただいて入学させていただいたということがあると思うんですけども、確かに今の入試制度とかいろいろありますとどうしても成績のいい人たちが受験して入っていく、もちろん優秀な人たちが看護をやっていくってことは非常に大事なんだけど、本当に看護が好きで好きでたまらなくて、でもどうしても入試という制度の中でうまく入れなかった人たちがいると思うんです。そんな中で私も職場で婦長の職に就いていたことがあるんですけども、やはりもちろん優秀な人たちが入ってきたときもそれなりにその人の資質を伸ばしていくにはどうしたらいいか、そしてまた成績はそれ程よくはなかったけれども、本当に看護が好きで、看護をやっていると生き生きして、そういうひとたちにはどういうふうに、たとえば役割を分担していけばいいか、そういったことに非常に頭を悩ませていたんですけども、看護ケアの質を向上するためにスタッフとかそれから学生とかその人の質をみてどういうふうに育てていけばいいかっていうこと、何かそういう示唆があれば、とても難しい質問かもしれませんが、何か今までにそういうスタッフに当たってみてやはり上司との関係性ってというのはその人を伸ばしていく上で非常に大きな問題だと思うんです。あと教師との関係もそうなんですけれども。そういったところで何か示唆があれば教えていただけないでしょうか。

井上：それぞれの先生にそれぞれあたられた新人とか学生指導のポイントで話していただけたらいいんじゃないかなというふうに思いますが。まずは、励ましていただいてありがとうございますというお礼を申し上げます。確かに教育ってのが何だろうって思ったときに、どこで見極めるかっていうのはすごく難しいと思うんですね。基礎教育の中でもそれからスタッフも私自身が婦長をしていた時もそうなんですけど、入ってきた最初の時期に「この人はちょっと看護からどっか行って欲しいなあ」と思うスタッフがたまにいるわけですし、学生にもそういうふうに言われる人たちがいるわけです。その時に何をもって私はそういうふうに評価しているんだろうかというのがあまり明確ではなくて、そういった子に10年くらい経って会ってみますとすごくよくなっていて、すごくいい看護

婦さんになってたりするものですから、なんかそういう意味での怖さっていうか、自分がそういうふうにもその時期の人たちを見てしまう怖さっていうのが片方にはあって、だけど目の前にいる患者さんが受けているケアの内容をみると「ちょっと待ってね」と言わざるをえないポジションだとか立場っていうのがやっぱりあって、その間でどう患者を守りながら支えていけるのかなっていうのが各病棟の先輩だとかリーダーシップをとっている人たちの役割だし、教師の役割かなというふうに思います。ただこれは守りきれないと思うラインを、どこで引くかっていうのはその人、一人一人の人の自分の看護観と価値観と自分の力をどこまで自己評価できるか次第かなっていうふうに思います。守っていく、間に入ってとかサポートしながら患者を守っていくにはこちら側にもエネルギーと力があると思うんですね。それもそれぞれの人のエネルギー量とか力が違うし、状況が違うし、病棟の中でその人にかける時間だとかっていうのも違うと思うんです。その部分でどう判断するかっていうのはその人の職業人としての資質にかかってくるのかなっていうふうに思います。ただ私自身がいまなんで看護をやっているんだろうか、何で患者さんに対してこういうふうな見方をするのか、どうして看護についてこう感じているのかって思ったときにやっぱり女子大で1番最初に受けた教育のところに帰っていくのかなっていう感じがします。それぞれの方がそういう体験を持っておられるんじゃないかと思います。だからこそ最初の看護者との出会い、教育っていうよりは初めての看護者との出会いっていうのを大事にしないといけないんだろうなって、それが実習の場だったり教育の場だったり、いろんなところなんだと思いますが、その人の将来の価値観をつくっていくのかなっていうことを感じながら、ただ自分自身がどこまで我慢して、自分が落ち着かない不安定にさせられるスタッフだとか学生と一緒に頑張っていけるかなっていうことかなと思いますし、それしか基準がないかなっていう感じを私自身は持っています。

梶原：それでは鶴田先生。

鶴田：臨床は随分昔のことなので、今の話をしますと看護婦の人材育成というのを長いスパンで今ちょっと分析しているんですね。そうすると先端医療をやっている病院というのは40過ぎて少し老眼が出てきて夜勤でアンプルの字が見えなくなった時に臨床を去ろうとする人たちが多くいんですね。というのは看護婦の寿命というのは案外短いんですね。精神病院は60までもっていけそうです。リハの病院も、アンプルを見る機会の少ない病院です。その夜勤の時にアンプルを見てこうやって見えなくなった時が・・・、そう話をすると分かる方多いんですね。私も最近老眼が出てきましたので私がもし臨床で働いていたら、今が去る時期、なんと短い臨床の期間だろうと思うわけです。教育の方、管理をやった方はそれはいいです。だから最終的に定年までいくわけですね。そうすると今まで若い人たちをどう育てるかっていうのがテーマでした。これから60過ぎまでどう育てていくっていうか、その人たちをどのように生かしていくかについて私は今関心を持っています。若い方たちの対策ははそれなりに取り組んでいくんだろうと思うんです。「リアリティーショック」といって結構看護婦不足の時に改善された部分であります。試練という言葉が使われて私もドキッとしたんですが、やっぱり臨床は試練の場が多いんだろうなあというふうに思いました。だいたい居心地の悪い部下っていうのは能力のある人ですね。見ていると、だいたい居心地が悪くなる時、本当のことを言われた時にだいたい居心地が悪くなるわけですし、居心地の悪い人とたくさん仕事をした方が、管理者としてはいろんなことが学べるんだというふうに私は思っています。腹が立つ時は本当のことを言われた時で、いい時はだいたいお世辞ですよ。それは、いわゆる管理者がどう考えるかの問題で個人の問題では

ないというふうに思います。今回たまたま海外出張がありまして2週間の間に大きなイベントが2つあったわけですね。これを残し出張することが管理者として責任があることなのかどうなのか自分なりに考えるわけです。その時に何で私がここに居ないといけないと思うんだろう、居なくてもできればそれこそ最大にいいわけですね。居ないがためにその人がもしかしたら失敗するかもしれないけれど、その時は私がいなかったからできなかったという口実があるわけですよ。でも、もしできたらどれだけその人たちは嬉しいだろうなあっていう気がするわけです。そうしたら、昨日羽田に私のもとで働く係長さんが迎えに来てくれたわけです。土曜日だから来ているとは思っていませんでした。私より年上ですし、臨床の経験のある婦長さんです。臨床の力はすごいし、スタッフを見抜く力がある方です。ただ彼女は私が降り立ったときにまず一番に前に立っててくれて、全部無事に終わりましたと言ってくれました。私が一番心配していることを知っていて、何とか終わりましたって。すごいですね。できるかできないかはもうまかされたらやるしかないわけですね。何か起こったら、誰もほっときゃしない、誰かは手を出すわけです。そうすればいかにその管理者が仕事をしないっていうのも問題なのですからある部分任せちゃってね、やれない時はやれない時なりにまた違う人から知恵が出てくる。うちも子供が3人おりまして主人が単身赴任です。思春期真っ最中で年子でおりますから男の子の子が大喧嘩しまして半年間口きかないわけです。それをどう捉えるか、父親が居ない分お兄ちゃんに対して娘が反応しているんだろうなあっていうふうに、あんまりがんがんにしてもしょうがないし。そう思って留守を託していくわけです。おばあちゃんが来てやっぱりダメだねえとか言いながら、だけどそれなりに3人で乗り切るわけです。私はその可能性を信じるのが1番大事と思っています。看護婦をやっている人は看護に対して少なくともお金をもらって働いているのですから。必ずできると思うんです。それからすごく気になっているのは業務をこなすということと質とは私は同じことだと思うんですね。業務にどう意味づけるかっていうことが問題であって、業務をこなすっていうとすごいネガティブなこと、業務をきちんとやるっていうことがどれだけ立派かって言うことの再認識をきちんとする必要があると思います。それが看護婦の質を確保するということだと思うんです。業務っていうのはある程度、最低限こどもやりましょうという約束事なわけですから、それをきちんとやるということは私はほめられるべきことだと思います。そこを業務をこなせばかりというネガティブにとることに私は問題があって、そこにいかに質を上げていくかっていうのは業務にどう意味を持たせるかっていうのはいわゆる翻訳する仕事和管理者にはあると思います。私はその業務という言葉はすごくネガティブに捉えられているので、もう少し自信をお持ちになって、きちんとやるということがどれだけ評価されるべきことかっていうことを再確認する必要があると思います。

梶原：どうもありがとうございました。それでは上泉先生。

上泉：私の経験から話させていただきますと非常に優秀な看護婦さんの能力向上が阻まれたケースとして、婦長さんがその人におびやかされてしまうということがありました。ある部署に配属になった新卒の看護婦さんがたいへんに優秀な方で、医師と看護婦のその不合理な関係性も見えるし、看護業務の不合理さとも見える。そしてそのシステムの悪さといったものがその新人の人には見えてきちゃったんですね。それを婦長さんに「どうしてこんなになっているんだ」ということをたずねていった時に、婦長さんがおびやかされてしまった。自分の責任を追及されているんだと思ってしまって、「あなたがそう言うことは早すぎる」「そんなことを言われてもここには決まりがあるんだし、まずはそれをちゃんとやってくれなきゃ困る」という反応をし、その若い人がある枠の中にどんどん

押し込めてしまってとうとうその人は不定愁訴を訴えて長期欠勤をするようになってしまいました。最終的に配置転換をすることでその人は自分一人で意志決定ができる健康管理室に配属されることによって自分自身で意志決定することができるようになって症状は回復し、その分野で頑張ってやっていけるようになりました。ということで非常に悲しいことなんです、婦長さんとその部下との関係性というのは非常に大きく能力の向上やあるいはそれを阻むものとしてあるんじゃないかと思いました。そういうことは起こりうることなので、その部分をなるべく少なくするためにやっぱり管理のシステムが必要になってくるのではないかと思います。もう一つ能力が正当に評価されるために、何をもって能力と評価するのかをもう一度考える必要があると思います。よくファーストレベルに出られる方々がセカンドレベルに行くために研究ができなきゃセカンドレベルにいけないなどよく言われていますが、これは管理職としての実践の能力じゃないんじゃないかと、疑問に思っているんです。また、看護の実践家としての実践能力というのも正当に評価される必要があるんじゃないかなと思います。それはうまく記録を書けることとか研究をいくつすることということではなく、いかに患者さんにいいケアが提供できているかを評価する、そういうシステムがつけられるのが必要だと思っています。私は臨床実践の熟練度というものが評価されていっていいんじゃないかと思っています。知り合いのお母さまがやはり看護婦さんをしてらしたんですが、定年近くなる前に辞められました。なぜかっていうと「私にはPOSは書けないわ」っておっしゃってそのことが一番の理由でした。でもその人が居ることで看護婦さんたちの雰囲気はすごくよくなり患者さんがその人にケアされることを期待していると聞きました。そういう人たちが違う理由で辞めていかないような正当な臨床評価というのがされていくことを期待しています。

梶原：どうもありがとうございました。野並先生お願いします。

野並：私は先程、プライマリーナーシングで話をしましたけれど、実践の中でプライマリーナーシングをしています、今大学におりまして成人看護学を担当しているんですけど、その臨床実習というのをすごく大事にしております。臨床実習をケアリングの考え方をもとに試みておりまして、いま兵庫県立看護大学は4年生でまあひとと1回それをやってみたっていうところであるんですけど、そのケアリングの考え方に基づいた実習をしておりますと、学生個々が非常に見えてきます。先程井上先生が言われたように本当に自我がまだ確立してなくて患者さんから注目を、こう関心を逆に向けられて自分ってこんな人かって、やっと自分を保ってられるような学生もおります。今ちょうど4年生が長期実習というのが終わります、そのケアリングの概念で実習をやってみますと、半数の学生はケアリングっていうのは実践できておりますし、後半数に関してはやはりまだ自分の成長っていうところに関心を持っている、自分自身にまだ関心があるという学生たちですけれども、それはそれですごく大事なことだと言うふうに思っております。そのケアリングのできる学生も一つのタイプではない、Knowingという考え方がありますが、そのKnowingと言わなくたって、知り方、知っていき方にはいろんなタイプがあるというふうに言われておりますけれど、学生によって本当にこう知識というものを使ってそれを原動力にして患者さんに向かっていく学生もいるし、自分の情動をすごく使って患者さんを知っていくっていう学生もいるし、それはそれぞれ非常にタイプがありましてそこを実習についていっている教員が間違わないようにその学生を潰さないようにする。そうするとケアリングがちゃんと患者さんとの間で展開できて看護ケアの体験が積み重なっていくということが出来るんだなあというのが今実感としてあります。

梶原：どうもありがとうございました。他にご意見とかご質問とかございませんでしょうか。

鈴木：どうも本当に4人の先生方ありがとうございました。自分自身の今までの実践とか教育経験とか振り返りながら先生方のおっしゃることを伺ってしまして、本当によく分かりましたし、やはり今までいろいろな出会いを通して育っていったくれたなあっていう方もいらっしゃったし、私にはその人の能力が見いだせなくてまた違う先生方に出会うことによって能力が開発されていった方もいらっしゃったり、いろいろそういった多くの経験を思い出し、また先生方のご意見も伺いとても役に立ちました。本当にありがとうございました。

梶原：他にございませんでしょうか。どうぞ。

山崎：高知女子大学の山崎でございます。大変参考になり、これからさあ実際どうしていったらいいかなっていうふうな思いなんですけれども、この学会のメインテーマとしまして、昨年と今年、公開講座を開いてきたわけなんです、その公開講座のところで必ずでてくる問題があるんですね。それはどういうことかと言いますと、その公開講座を代表してご質問したいと思うんですけれども、上泉先生がおっしゃいましたことと非常に関係があるわけなんですけれども、その能力がある人が潰されていってしまう、ということなんです。つまり評価してもらえない、ということなんです。上泉先生の今日のお話の中で評価の枠組みがアメリカの枠組みを使っている、参考にしているということなんです、アメリカそのものの文化が能力主義で能力を評価する国なんですよね。日本の場合には年功序列型で給料が上がっていくというようなところが根本的に違うのではないかなっていうふうに思うんですけれども、そういうことで若い人の芽が摘まれていって非常に定着しにくい。若い人がいい意見を出しているんだけれども、その人がその職場の中で広がっていかない、っていうふうなことが2年間の公開講座で出されてきた大きな問題点だったわけなんですけど、そのことにつきまして何かご示唆をいただけたらありがたいと思いますけど、お願いします。

梶原：上泉先生から。

上泉：非常に難しい質問でどういうふうにお答えしたらいいのかちょっと私もはっきりしていないのですが、日本の年功序列制というのが少し崩れはじめてきているということがあります。ただ看護の中では他の企業に比べて看護ほどその年功序列制が残っているところはないらしい。企業では生き残りのために年功序列制の廃止ならびに緩和、あるいは能力給の施行など、能力の部分認めていくというような方法がとられてきているようです。看護の世界でも能力の部分認めるものと、年功序列の部分の2つのシステムを作っていくことが必要ではないかなと思っています。しくみとして能力が認められるようなしくみがないんです。そういうことが若い人たちを潰していることにつながるんじゃないかと思う。年を経るとお給料が上がっていくのを全く廃止することは今の段階で難しいと思うのですが、年功序列で上がっていく給与とそれから能力給の部分とを並列させていくような給与体系ならびに人事体系といったものを作ることが一つ解決の道としてあるのではないかなと思っています。

もう一つ人間関係対人間関係的な視点から若い人が年配の人たちの中で潰されていかないためにどうしたらいいかについてですが、私たちが今やろうとしているのは日本的なアサーティブのしかたを看護職の訓練の中に入れて

いってはどうかっていうことを考えています。アサーティブというのは「さわやかに主張する」というふうに訳されていますけども自分の言いたいことを相手を傷つけることなくあるいは攻撃したり無理に屈服させることなく自分の言いたいことを言っていくというような技術です。そのことを訓練の中に入れていってはどうかっていうことを考えています。例えば、目上の人に言いにくいのは看護の世界だけじゃなくて、どこにでもあることだし、それから男性と女性との間の言いにくさっていうこともありますし、階級による言いにくさ、そういったこともあると思うんです。その中でいかに主張していくかということに対して「アサーティブ」という訓練が役に立つんではないかなと思っています。ただしこのアサーティブという考えもアメリカから出てきたものですので日本的なアサーティブっていうものが一体どういうものなのかということを探求する必要があると思います。

梶原：どうぞ井上先生

井上：具体的にというんでよくわからないんですけど、1つだけ私自身が心がけているというか、できているかどうかは別にして、心がけていることということで、自分が学生をしていて先生なり誰か上の人と、ポジション的にもいろんな意味で自分が評価をされたり、それから教えを請うたりする対象に対して、質問をするとか、わからないことを聞くというのはまだそんなに抵抗はないんですね。でも自分の意見を述べるということに対してはものすごく抵抗感があって怖いというか、緊張するというか、頭の中で一生懸命いろんなことを考えて言っているのかどうか迷って迷ってやっとの思いで声を出したときに最初の第一声にどういう言葉が返ってくるかでその次が決まるっていう感じがすごくします。私自身は、すごくいい受け方をさせていただいてほっとした経験と、すごくつらい受け方をされて2度としゃべるかと思われた経験と両方をもっています。そういう意味では臨床の看護婦さん達で若い看護婦さん達が何かをしたいということで、勉強会をしたいとか何かをしたいって思ってこられた時、よっぽど悩んでこられたんだろうなと思いますし、どうしようか迷われて迷われてやっともってこられたって感じがするときって、絶対に1回目はことわらないっていうのが、私の中にはあるんです。2回目はことわっても前回は受けてくれた、今回はことわった、これは何かがあるからだというふうに受けてくださるんですが、1回目にそれをやると2度と関係性ができないっていうか、次にもう一度もって来るのは至難のわざだという感じがして、それは病棟の中でも多分一緒じゃないかなという気がするんですね。新人のナースが初めてどうしても我慢できなくて言った一言に先輩なり婦長なり誰かがどう反応するかが重要なんだと思います。その第一声が。後でフォローしても何にもならないんですよ。私自身の経験からすると後でどんなにフォローされてもそのことはあんまり耳に入らなくて、第一声でパンってどんな反応をされたかで、後のもう1回やろうというエネルギーが全然違ってくるっていう感じがします。少なくとも私自身が学生をしたときの経験からはそう思います。それが管理者としてあるいはリーダーシップをとっていく時に絶対に心がけていないといけないことではないかなというふうに思ってまして、今肝に命じているというところです。

梶原：ありがとうございました。鶴田先生どうぞ。

鶴田：潰されるか、押しくらぐ頭みたいな話はあんまり好きじゃないんです。基本的にいわゆるまず婦長試験の年齢を下げるっていうことが1つ、いわゆる管理職になれるのを公平にすることと、それからなれる年齢を下

げていくっていうのは40歳にならないとなれないとか、どうやって決めるかわからないっていうんじゃないで、そのマネジメントに関心のある人にはチャンスを与えていくっていう試験制度が必要です。試験制度を導入している病院というのは以外に少ない。なぜしないかという、できない人が婦長になったときにスタッフはかわいそうだから、ここぞと思う人しか入れない。それこそ、そういう考え方こそおかしいと思います。いわゆるそれは評価のしかたに問題があって試験制度の問題とは違うわけですね。私が入ったときに37歳だったのが今32歳まで下げて事務職は28歳ですからいずれはそこまで下げていきたいなあと思います。今32歳でなった人をずっとフォローしています。若くして婦長になった人がどう伸びていっていかってというのはすごく関心のあるところであり、彼女をどうサポートできるかっていうところがあるんですが。それから、1つは管理職を若年化させていくっていうのが1つ、きちっとした選考して選んでいくっていうことが潰さない1つの方法かなあってふうに思います。それから婦長にはできないむずかしい仕事、大きい仕事をどんどん課題を出していく。婦長さんができないことは、できなければできないわけですから、そうすればできる人に仕事をさせるしかないわけですね。だから、婦長さんができるような仕事を与えるから婦長さんが他を潰しちゃうわけだから、どうしていいかわかんないようなことを、そうするとしようがなくてできる人はどんどん出ていくチャンスがありますね。だから今年から専門研修をはじめたんですが、専門研修の企画は婦長さんにはできないですね。結局これはかなり若くて頭がよくないとこのカリキュラム立てられません。行政ではターミナル看護研修会を昨年やったのですが、役所が実施するとそれを基本にして実施することになった時に、自分たちはできないなあと思うと能力のある人の手を借りないとしようがないわけですね。そういうわけであんまりやさしい仕事じゃなくて難しいことをどんどんやったらいいのかなあって思います。そうすれば婦長さんとか上の人が口を挟めなくなり、若い人ができるチャンスがふえると思います。これは婦長さんには失礼なことだと思うんですけど、なぜこういうことを言っているかという私は大学院に30歳の半ばで入った時に、20代にめっちゃくちゃ頭のいい人たちが沢山いたわけです。おばさんである私は前期でやめようと思ったわけです。こういう人たちと一緒にいけなくて。でどうしようかと思って、9月の学費を払うのをためらっていたわけです。そうしたら事務室の人が「あんた達のクラスは誰も来ない」って、若い人は若い人で経験のある人と学ぶことのプレッシャーを持っていたわけです。そんな折りに南先生と何かの話の機会に、「若い人が伸びていくことを支えるのが、今はなかなか難しい、その仕事いいじゃない」とか、南先生に40、50の知恵なんて大したことないですよなんて思わず言ったわけです。アイデアなんかでやしないと私も今、自分で40歳半ばになりますけど、もうでないですね。はっきり言って。たし算、ひき算ぐらいならできるんですけど。物事の組み合わせて言うのは私は今10代の娘と暮らしていますが、その子の言うことのほうが筋が通っているんですね。話を聞いていると、そうするとやっぱり20代のなりたての人の知恵を取り入れないことにはまた同じことの繰り返しってことを管理者が知るべきだと思いますね。今までやったことのないような課題を作る作業が大事だと思います。

井上：婦長さん方にとっては大変シビアなお話だったのかもしれませんが。私は逆に婦長さん達に申し上げたいのは、婦長さんの研修とかって行きますと研究もできなきゃいけない、理論もわかってなきゃいけない、実践もできなきゃいけない、労務管理もできなきゃいけない、看護婦さん達のカウンセリングもしなきゃいけないって言われているわけですよ。そんなスーパーウーマン、どこにもいないって私は思うんですね。もっと開き直っちゃっていいんじゃないかってふうに思います。そのことで婦長であるとか、看護者であるという価値が下がるわけじゃ

ないじゃないかっていう思いがする時がすごくあります。例えば、研究も病棟でしなきゃいけないって何かで言われてやりはじめますよね。そうすると婦長さんとしては指導しなさいと上から言われて、でも、私の世代もそうだと思うんですけど、上の人たち、看護研究なんて習ったこともなかったわけで、最近になってあんまり言われるから本買ってきて一生懸命読んでというレベルですよ。それで指導しなさいって、そんなバカな話はないと私は思うんですね。管理のところ看護部だとか、病院だとか、もうちょっと考えてほしいと思うのは、そんな無茶を言わないで下さいっていうふうに思うんです。だったらできる人を呼んできてやってもらえばいいじゃないですか。それを勉強してきた若い人たちにやってもらえばいいじゃないですか。その人たちができるようにまわりのシステムをどうやって作るかというのが婦長さんの役割だと思うんですね。1人の人が全部の仕事をなんでやらなきゃいけないんですかっていうのをすごく思います。背の高い人は背の高い人の仕事があって、背の低い人には背の低い人の仕事があるっていうふうに思うんです。背の低い人に棚の上のそうじを頼む人は誰もいないわけで、背の高い大きいこういう人に1番下のフロアのベッドの下のそうじは誰も頼まないわけですから。それはそれで合う人に頼んで全体が動いて患者さんに対するケアがうまくいけばいいんだと思うんですね。みんな同じことをやらないといけないという平等意識の不平等みたいなのが1つは乗りこえなきゃいけない山じゃないかなというふうに思っています。もう1つは自分が全部やらないと婦長のポジションあるいはリーダーのポジションあるいは先輩としてのポジションがなくなるっていう思いをどこかで絶ち切ることだと思います。私の役割はこの中でこれをやればいい、これができる人にこれをやらせればいいんだという割り切り方っていうのが、その2つが今すごく大事な課題じゃないかなっていうふうに思っています。実践の能力のある人がベッドサイドにいられて、管理能力のある人が勤務表を繰れて、そういう世の中でいいんだと私は思うんですね。それを全部全部1人でかかえなくていいっていう気がします。経験があって10年、20年、30年いるからできるでしょ、当たり前でしょ、婦長なんだからっていうふうにいわれると自分を守らないといけないから若い人たちを自分の能力より下に下げとかざるをえないんです。だから、潰していくしかないんだろうなっていう気がするんですね。いろんな人がいて、だからこそチームで働いている意味があるっていうふうに思うんです。看護の力は仲間がいることだと思うんですね。いろんな人がいてやるから3本の矢は折れないわけですから、そういういい意味での開き直りっていうか、そんなスーパーウーマンじゃなくてもいいんだという肩の力を抜いた関係っていうのがスタッフと管理者あるいは婦長とリーダー、先輩と後輩の間でできたら、もっとフリーな話ができてもっといろんな新しいアイデアがそこから生まれるんじゃないかな、そうするとみんなが参加できる病棟会だったり、みんなが参加できる病棟の運営会だったりってことになるんじゃないかなっていう気がします。

上泉：もう一言、井上先生がおっしゃったように婦長さんっていうのは意外にサポートされていないなあって思いました。孤独と闘っているような気がします。以前に意志決定の種類と数を婦長さんと副看護部長さんと分けて調査したことがあったんですが、婦長さんが最も沢山、そして多くの種類の意志決定をしていて、1番楽しめているのは副看護部長さんだというのがわかりました。意志決定の種類と数っていうのが少なかったんです。その反面婦長さん達はサポートされていないんですね。全部自分でやらなきゃいけないと思っていますし、上の人たちも副看護部長さんはどちらかというライン部門ではなく、スタッフ部門として位置づけられていますので、看護部長さんを補佐するという役割はありますが、婦長を育てて、サポートするという役割が副看護部長にないんですよ。意外に婦長さんはサポートされていない、これだったらやっぱり1人で闘うしかないんですから、とても大へんなポ

ジョンであるし、自分がサポートされていないことによる部下との関係性っていうのは非常に厳しいものがあるんじゃないかなあとと思います。婦長同士のネットワークがどうか、婦長同士がサポートしあっているかということ、インフォーマルには、仲のいい婦長さんとは話し合ったり、相談したりするんですが、フォーマルに婦長が力を持つ、婦長集団が力を持つということがなかなかない。やっぱり看護部長さんの指示のもとにやるということで、もっとも婦長さんが1人1人もそうですが、婦長の集団としての力っていうのを持っていくことがいろんな改善や対人関係的な部分でのサポートシステムになっていくんではないかと思っています。私も一時期1年間だけでしたが、病棟婦長をやったことがあります。全く新しい病院でしたので、全然知らないところにポンと入って1年間婦長をなさいと言われてやったんですが、何があってできたかっていうと、上からのサポートや仲間からのサポートでした。それがあるからこそ婦長としてのポジションに落ち着いてやっていけるわけです。失敗しても「あーごめん」って言えるし自分の部下との関係って言うのも自分が失敗しちゃいけないんだというプレッシャーではなく一緒にやっていこうという感じになっていたように思います。サポートっていうのはすごく大切だったと記憶しています。

梶原：どうもありがとうございました。フロアには沢山婦長さんがいらっしゃると思いますけれども、いろいろ考えることが多いことと思います。その他、何か御意見ございませんでしょうか？それでは時間も短くなってあと10分で終わりになったんですけども、2、3分ずつ追加の御意見がございましたらシンポジストの先生方に順次お願いしたいと思います。

上泉：ちょっといい残してしまったことがあります。第3者評価に対する抵抗と私は言ってしまいましたが、なんでそういうのが起きているかについて私自身にも非常によく気持ちが分かります。それは外の人がかかることでありますし、評価されるという感じがあるからだと思います。私は年に2回程他の業者の方におそうじをお願いするんですね。そうするとおそうじの方が来る前の日は私はそうじをしないといけないんです。こんな所を見せては恥ずかしいとか、女の人が住んでいるのに、お風呂に髪の毛が沢山あってはお恥ずかしいっていう気持ちがあって、見られることに対してやっぱり抵抗がありますし、他から入ってくることに抵抗がある。だから、やっぱりおそうじの人が来る前におそうじしなきゃいけないし、片付けとかなきゃいけないってことになってくる。なんかそういうのと同じところがあると思うんです。だけどよりきれいになるためにはそこを乗り越えないといけない部分があるのかなあとというふうに思っています。それと第3者評価は悪い所だけを指摘して帰るわけではありませんしランク付けされるものではありません。勿論いい所も指摘して帰ります。病院の中でどこがよくってどこが改善されるべき点なのかということ報告書として出しますが、それが適マークのように貼られるというものでもありません。是非自分たちの改善のためということで御理解いただけたらいいなと思っています。

鶴田：昨日ルーマニアから帰ってまいりましたのでボケついでに言うんですが、ルーマニアは日本の40年前だと思いました。私はそこに興味があって、私たちが見ている看護が昔どうだったのか見たくて行ったわけです。看護の仕事はメディカルアシスタントと呼ばれていました。医師の介助者が看護業務としてメインにありました。私たちが言っている看護ケアという内容がよくされていたのはエイズ病棟でした。食事や教育や愛情の不足している子どもたちに看護婦さんたちは看護ケアをしたら子どもたちの症状が改善してきたそうです。私たちはエイズ病棟のケアを目指していくのか、メディカルアシスタントとしてやっていた部分に重きを置いていくのか大事なことです。

急性期の医療をやっている病院の中ではメディカルアシスタントの部分、いわゆる診療の補助、介助いわゆるモニタリングを含めた、そのフィジカルアセスメントの部分というのはすごく意味があることです。ケア中心の所は看護ケアっていわれているところで勝負したい。その部分は私はやはり看護ケアの中に位置づけてたい、けれど、医療濃度が高いところでの看護業務ってというのは違う。だから看護業務っていうとそこが曖昧になりますので、私はあえて看護ケアという言葉ではなくて看護サービスいわゆる看護業務ということで明確にしておいた方がいいと思います。私はその医療での接点の部分ってというのはきちっと整理して看護の中で意味づけていかないといけないと思っています。ルーマニアに行って感じたのは40年前の看護を目の当たりに見ながら、日本の今までの先輩の方たちのすごい努力が見えてきたことと、メディカルアシスタントという役割の中にもう少し意味をもたせてもいいのかなあっていうふうに思いました。どうもありがとうございました。

井上：今鶴田先生がおっしゃってくださったことと非常に私も同感でして、診療の介助ではなくて看護業務としてしっかり位置づけたらいいことがたくさんあって、看護婦がやっていること全部看護業務として位置づけたらいいんじゃないかと私は欲ばりです。私が学生の頃に点滴は看護婦の仕事か、医師の仕事かという大論争がありまして、そのころは保健婦さんが血圧を測るのか測らないのかって、測ったらその値を教えるのか教えないのかとかそんな話もありました。患者の側から言えば採血をされるのも上手な人にやってもらった方がいいんだと思うんですね。下手なレジデントにやられるよりはベテランの看護婦さんで一発で入れてくれる人にやってもらった方が患者さんは絶対いい。患者さんにとって誰が何をやる方がいいのかってことで自分たちの仕事を分けていく、そういうことが看護業務を明確化する事かなって思ってたんで、自分たちの仕事を広げていくことで看護を明確にするという方法もあるんじゃないかな、過去にはこれは違う、これは私たちの仕事ではないという形で切っていく形で狭く、クリアにしていくことで明確にしようとした、ではなくて逆にこれも私たちの仕事、これも私たちにできる仕事、責任がもてる仕事という形で広げていって看護を明確にしていくというのは思っています。だから第三者評価にしても評価を受けた評価ということ、その結果が問題なのではなくて、その次にそれが使えるかどうか問われているんだらうな、看護が望まれている看護に対する評価が厳しくなっているというふうに言われていますけれど、その厳しさをどう使ってどう反応していくのかということが問われているということで、評価そのものではない、次を考えていけたらなあというふうに思いました。

梶原：どうも4人の先生方本当にありがとうございました。3時間があっという間に過ぎてしまって集中して参加してくださったフロアの皆さんにも心からお礼を申したいと思います。2年間高知女子大学の看護学会のテーマといたしました「看護の質の向上」ということについてそれぞれ皆さん御自分のポジションで質の向上ということで深く思いができたのではないかと思います。本当に今医療界はこれからですけれどもアメリカよりもっと速く国の医療政策の動向が非常に厳しく、革命的に変わろうとしております。例えば、はや来年の4月からは老人の医療費の負担が高くなったりとかあるいは風邪薬とか湿布薬とかそんなのはもう出ないとか、そういうふうないろんな行政の案が出されていますし、改革の案というのが113項目あるそうです。その中には保険医の医師の定年制だとか、保険医の医師の研修制度の見直しだとかということも含まれていますけれども、その113項目の中の30項目に絞り込んで当面医療の改革が強攻にされようとしています。私たちは考えてみると昔から患者さんのための看護、患者さんに喜ばれる看護をどうやったらできるかしらというふうに看護の発祥と同時に考え続けてきたと思

まずし医療の体制がどのように変わろうと患者さんを中心に考えていくというその視点で経済的な効率ということがいわれればいわれるほど看護の出番ということも多くなると思います。野並先生が今日おっしゃってくださった看護を目に見えるものにするとか、ナースが生き生きしていくとか看護をみんなで味わうとか管理者が考えなくてはいけない看護の提供システムの検討とかってということも本当に私は現場を管理するものとしてありがたいなと思いました。また上泉先生の第三者評価のことについてもすごく聞きたかったテーマなので、11月に私の病院もサーベイの方を迎えて評価していただくことになっているんですね、やがてどの施設にも来られると思いますけれども、本当に明日の改革のために、何かヒントを得るためにいい御指摘をいただくように迎えたいなと思っております。それから、鶴田先生にはお疲れのところ本当にユニークな横浜市の御自分のポジションでの御活躍をお話いただいて私も橋本知事に高知県もぜひこういうお立場の人を1人導入して下さいとお手紙を出そうかしらという心境になっております。また、井上先生はこのシンポジウムの構成からいろんな点で下準備をして下さいまして、新しい看護者の教育、現場に送り出してくれる看護者をどのような視点で育てるかという本当に基本的なこと、あたたかい教育のまなざし、それは私たちが現場で管理するものあるいは先輩ナースとして考えなくてはいけないこと、発達段階を考えながら現状にフィットした管理をしていきたいなと思います。今日は本当にどうもありがとうございました。これで閉会いたします。